

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 58

HÉMATOMES PÉRINÉPHRÉTIQUES

NON TRAUMATIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine JORCIN

Né, le 16 août 1890, à Lanslebourg (Savoie),

Ancien externe de l'Hôpital Saint-Joseph (Lyon),

Interne de l'Hôpital civil d'Oran.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1919

HÉMATOMES PÉRINÉPHRÉTIQUES

NON TRAUMATIQUES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	X...
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	X...
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M)
Thérapeutique	X...
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	des fonctions.
LATARJET			SARVONAT id..

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président*; ROCHET, *Assesseur*;
MM. LERICHE, et THÉVENOT Léon, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 58

HÉMATOMES PÉRINÉPHRÉTIQUES

NON TRAUMATIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine JORCIN

Né, le 16 août 1890, à Lanslebourg (Savoie),

Ancien externe de l'Hôpital Saint-Joseph (Lyon),
Interne de l'Hôpital civil d'Oran.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1919



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553213_0021

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et de
ma profonde reconnaissance.

A MA COMPAGNE BIEN AIMÉE

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale.

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

En 1913, nous avons commencé l'étude des hématomas périnéphrétiques, sous la direction de M. RAFIN, chirurgien à l'Hôpital Saint-Joseph, qui venait d'en observer et opérer un cas en 1912.

Puis la guerre survint avec tous ses devoirs et comme nos camarades, nous quittâmes l'Ecole pour aller remplir notre rôle aux Armées.

Depuis les grandes journées victorieuses de l'automne dernier, nous avons tous pu reprendre avec plus d'ardeur et une volonté plus grande, la réalisation de nos projets d'avant-guerre.

Mais en ce moment et alors que nous avons le bonheur de terminer nos études dans une France victorieuse, notre toute première pensée d'amour et de reconnaissance s'en va en hommage ému vers tous nos amis et tous ceux que nous avons vu tomber au champ d'honneur.

En fin de scolarité, il nous est agréable de remercier tous les Maîtres qui ont contribué à notre formation médicale.

Notre reconnaissance va, en particulier à M. le

Professeur TIXIER, *qui nous a fait l'honneur de présider notre jury, à notre jury tout entier.*

MM. VILLARD, chirurgien des hôpitaux, WEILL, professeur de clinique infantile à Lyon, *dont nous avons longuement fréquenté les services.*

MM. GOUILLIoud, chirurgien—chef, CHABALIER, médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, *dont nous avons été l'externe.*

M. GLATARD, médecin de l'Hôpital Civil d'Oran, *dont nous avons été l'interne et chez qui nous avons trouvé un maître charmant et un médecin plein du plus grand dévouement lors de notre grave maladie.*

MM. GASSER et ABADIE, chirurgiens de l'Hôpital Civil d'Oran.

MM. les D^{rs} DAMAS et PELLANDA, *avec qui nous apprîmes de la chirurgie de guerre durant un stage à l'arrière.*

M. RAFIN, *dont nous avons été l'externe et chez qui nous nous sommes fortement intéressé à la chirurgie urinaire, qu'il enseigne avec tant de maîtrise. Durant nos permissions et convalescences, nous avons toujours trouvé charmant accueil dans son service.*

Enfin, c'est sous sa direction et guidé par son clair esprit clinique que nous avons terminé ce travail.

HÉMATOMES PÉRINÉPHRÉTIQUES

NON TRAUMATIQUES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — DÉFINITION. — SYNONYMIE

HISTORIQUE

Tous les auteurs qui ont écrit sur la question faisant l'objet de ce travail affirment que Wunderlich a, le premier, signalé et décrit, en 1856, les hématomes périnéphrétiques auxquels il donnait le nom « d'apoplexie spontanée de la capsule du rein ». Pendant les années qui suivirent, il ne fut publié que des observations isolées. Puis parurent : le travail d'ensemble de Coenen qui en rapporte treize observations, dont une personnelle ; un court, mais clair résumé de la question par Lenormand dans la *Presse médicale* de 1911, une communication de Cathelin au 15^e Congrès d'Urologie de la même année, une note de Pouchet dans les *Archives provinciales de Chirurgie* et enfin un article d'Adrien Lippens dans le *Journal de Chirurgie* en juillet 1913 qui, aux treize cas de Coenen,

ajoute une observation personnelle et quelques cas trouvés dans la littérature.

Cette affection n'est donc pas fréquente et sa rencontre par le chirurgien reste encore un fait inattendu et rarement observé.

Le cas opéré par M. Raffin, en 1912, nous a donné l'occasion d'appeler à nouveau l'attention sur ce sujet.

DÉFINITION. — SYNONYMIE

Le terme d'hématome périnéphrétique se définit aisément. Il s'applique aux collections sanguines, observées dans les couches de tissus qui forment les enveloppes du rein.

Divers auteurs, Lippens entre autres, se servent de l'expression d'hématome « périrénal ». Le terme périrénal est défectueux au point de vue linguistique et on le chercherait vainement dans le *Dictionnaire* classique de Littré et Robin. Nous emploierons donc le terme plus correct d'hématome périnéphrétique.

L'objet de ce travail est l'étude des hématomes qui se produisent en dehors du traumatisme et qui ont pour substratum la glande rénale et ses capsules. C'est pourquoi la plupart des auteurs qualifient cette variété d'hématomes de « spontanés ». En fait, une hémorragie ne saurait être spontanée, elle résulte forcément d'une lésion vasculaire qui, elle-même, est d'origine et de nature diverses. Nous rejetons donc le qualificatif de « spontané » et nous sommes dans

l'obligation de donner aux hématomes dont nous allons nous occuper, la dénomination d' « hématomes périnéphrétiques non traumatiques », qui compense l'inconvénient d'être moins bref et peut être moins euphonique par l'avantage de nous laisser dans un doute plus cartésien quant à l'origine de la lésion initiale.

Le terme d'hématome périnéphrétique est très aisément compréhensible et parfaitement adéquat aux formes aiguës et récentes qui donnent à cette affection sa caractéristique essentielle telle que la décrit Wunderlich. Nous le préférons à sa dénomination d' « apoplexie spontanée de la capsule du rein », bien que cette expression ait l'avantage d'indiquer le brusque développement de l'hématome, modalité de début la plus fréquente.

Suivant le siège de l'hématome, il sera dit :

a) *Sous-capsulaire*, c'est-à-dire formé et localisé sous la capsule propre du rein.

b) *Extracapsulaire*, quand l'hématome est formé et localisé dans l'atmosphère adipeuse et enfin

c) *Mixte* quand l'hémorragie ayant pris naissance sous la capsule propre, le sang déborde celle-ci pour s'épancher en dehors dans l'atmosphère adipeuse.

L'hématome resté sous-capsulaire est circonscrit.

On conviendra de dire des hématomes extracapsulaires et mixtes qu'il sont *circonscrits* s'ils n'occupent que la couche adipeuse limitée par le fascia rénal et *diffus* lorsqu'ils auront envahi la couche adipeuse de Gerata, le tissu cellulaire de la fosse iliaque ou même une grande étendue du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Les dénominations deviennent plus imprécises dans les formes anciennes évoluées ou séquelles. L'hématome circonscrit produit, en effet, une réaction des tissus du voisinage qui l'enferme dans une véritable poche fibreuse. Le contenu se modifie alors également, les parties solides disparaissant, on se trouve alors en présence d'une collection liquide ayant l'apparence d'un kyste.

Je fais allusion à des faits rapportés par Malherbe, très rares et discutés dans une de ses observations que l'on trouvera plus loin. Ce dernier désigne cette affection sous le nom de « kyste développé dans la capsule du rein ».

Les auteurs ont proposé le terme d'hydronéphrose périrénale ou hématonéphrose périrénale à hygroma, de kyste. S'il est admis que ces collections ne communiquent pas avec le bassinnet, ne contiennent pas d'urine, que la paroi interne de la poche n'est pas recouverte d'épithélium, il faut donc rejeter ces termes comme erronés et susceptibles de donner naissance à une confusion. Il me paraît donc préférable d'employer le terme d'hématome pseudokystique pour désigner ces séquelles d'hématômes périnéphrétiques.

D'autre part, Cathelin a publié quatre observations de collections séro-sanguinolentes, collectées sous la capsule propre du rein et qu'il désigne sous le nom de « kyste hématique sous-capsulaire périrénal ou hydro-hématocèle sous-capsulaire périrénal ».

Il me semble préférable de les désigner sous le nom d'« hématome sous-capsulaire » dans le cas où il s'agit d'une hémorragie récente et d'associer à ce

nom celui de « pseudo kystique » si l'on a affaire à une forme ancienne, évoluée.

Par ailleurs, il n'est pas aisé de déterminer l'interprétation qu'il convient de donner à ces observations de Cathelin. La communication de l'auteur débute de la façon suivante : « Il s'agit de cas extrêmement rares, d'hémorragie entourant le rein et dont il n'existe pas plus de vingt observations, en ajoutant aux treize déjà réunies par Lenormand (erreur, car ces treize cas auxquels il fait allusion ont été réunis par Coenon), les deux de Pouchet, celle d'Adrien Lippens et les nôtres. »

Puis il insiste sur la différence entre ses observations et les hématomes périrénaux de Wunderlich et autres en en indiquant le siège sous-capsulaire, la symptomatologie moins bruyante, le pronostic bénin ; ce qui est parfaitement exact. Il assimile les cas rapportés par lui aux observations de Malherbe et Minkowski, dont nous parlerons plus loin. Du reste, conclut Cathelin (page 17 de son tirage à part), « peut-être même il ne peut y avoir de rapport causal entre elles deux », c'est-à-dire entre le grand hématome à siège le plus souvent extracapsulaire à symptomatologie bruyante et de haute gravité et les collections sous-capsulaires signalées dans ses observations.

Je conserverai cependant les observations de Cathelin parce qu'elles peuvent être interprétées comme des formes légères, atténuées, mais de même nature que les grands hématomes périnéphrétiques.

Bien que nous nous proposons dans un autre chapitre d'étudier de plus près la pathogénie des

hématomes périnéphrétiques non traumatiques, il est nécessaire, dès maintenant, de donner quelques indications sur la nature des lésions originelles, pour justifier le triage que nous avons dû faire des observations.

Les hématomes périnéphrétiques reconnaissent pour cause, en dehors du traumatisme (et nous laissons délibérément de ce côté ceux qui reconnaissent pour cause une agression quelconque venue de l'extérieur), diverses lésions, dont une des plus fréquentes est l'existence d'une néoplasie du rein.

Tuffier¹ en a rapporté une observation à la Société de Chirurgie.

Puis d'autres auteurs en ont signalé des exemples, notamment Hartman, à la suite de la communication de Tuffier, Körte, Goldman, etc. La physiologie clinique rappelle exactement celle que nous trouverons aux hématomes d'une autre origine. Mais nous les laisserons de côté pour ne pas allonger inutilement notre étude.

La rupture des anévrysmes des vaisseaux abdominaux peut donner naissance à de vastes collections hépatiques occupant entre autres la loge rénale. Si par quelques points cette affection a des analogies avec l'hématome périnéphrétique elle en diffère totalement par son origine et nous ne mentionnerons ces cas qu'à propos du diagnostic. Il en sera de même de

¹ Hématome sous-péritonéal diffus par rupture spontanée d'un sarcome du rein droit (*Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXXII, 1905, p. 692-695).

la curieuse observation rapportée par Michaux ¹, d'un hématome consécutif à la rupture de l'artère épigastrique.

Si nous considérons que le bacille de la tuberculose se développant dans le parenchyme rénal donne naissance à des néoformations qui ont pu être comparées, à certains points de vue, à de véritables néoplasmes, nous serons peut-être en droit de laisser de côté les observations I et IV du mémoire de Cathelin. Nous les mentionnerons cependant, en raison de leur grand intérêt et leur extrême rareté ne nous exposera pas à l'inconvénient dont nous avons exprimé la crainte à propos des hématomes compliquant les tumeurs du rein.

On le voit, nous n'envisagerons ici que les hématomes dont l'origine est ou indéterminée ou liée à des lésions plus ou moins légères ou graves du rein, mais ni traumatiques, ni néoplasiques.

Rejetant les observations qui figurent dans le travail de Coenen d'hématome avec cancer du rein, ainsi que les observations de Cathelin, Lippens arrive au chiffre de vingt-trois observations. Dans ce chiffre sont comprises deux observations, l'une de Malherbe, l'autre de Minkowski, qui « lui semblent relever de la même pathogénie que les hématomes périrénaux spontanés dont elles constituent une forme évoluée. »

Cette opinion, qui me paraît défendable pour le cas de Malherbe, ne me le paraît pas du tout

¹ *Société de Chirurgie*, 1906.

pour celle de Minkowski. Nous acceptons donc seulement l'observation de Malherbe au titre de séquelle des hématomes périnéphrétiques. A l'exemple de Lippens, nous rejeterons l'observation de Kirmisson, pseudokyste rempli d'urine. Quant à l'observation de Camelot¹ publiée sous le titre d' « Hydro-néphrose sous-capsulaire »; son auteur ne la rattache nullement aux hématomes et un pareil rapprochement ne pouvait être qu'une vue de l'esprit absolument théorique. Avec Lippens, nous rejeterons donc cette observation.

J'utiliserai donc, dans cette étude, les quatre observations de Cathelin, celle de Malherbe, et j'ajouterai une observation d'Armstrong que je classerai dans la série « des lésions cavitaires », bien que son auteur veuille en faire une rupture d'anévrisme, ce qui n'est pas démontré.

J'ajouterai les deux observations de Seidel et de Fowler, trouvées dans la littérature, et enfin l'observation très complète de M. Rafin.

En parcourant le livre de Lucien et Parisot sur *les Glandes surénales et organes chromafines* (p. 275), j'ai trouvé là tout un nouveau chapitre pathologique. La glande surénale peut en effet se gorger de sang et sa capsule se déchirer en donnant lieu à un envahissement sanguin de la loge rénale, à symptomatologie analogue aux cas traités ici. De leurs observations je retiendrai celle de Hering dont la pathogénie surénale n'est pas démontrée et que je classerai dans la dixième

¹ XVe Congrès de l'Ass. française d'Urologie, 1911, p. 406.

série des hématomes liés, soit à de « l'hémophilie due à une diathèse scarlatineuse, soit à l'hémorragie des capsules surénales ».

Celle de Pritchard, qui est absolument démonstrative et que je classerai dans la onzième série, « hématomes périnéphrétiques par lésions des capsules surénales ». Dans la thèse de Droubaix, nous trouvons aussi plusieurs observations mais ne les retiendrons pas car dans ces cas la capsule surénale énormément distendue par le sang n'est pas rompue.

Nous n'avons pu nous procurer l'observation de Friedler citée par cet auteur, le journal qui l'a publiée n'étant pas à la Faculté.

Ce travail de mise au point achevé, je suis à même de baser mon exposé sur vingt-neuf observations.

Nous aurions été heureux d'y ajouter deux observations faites par Pouchet et mentionnées dans une courte note parue dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (1911), mais ce chirurgien nous informe que ses registres d'observations ont été perdus pendant le bombardement d'Amiens.

Nous déplorons, sans nous en étonner, ce stupide résultat des méthodes de guerre ennemies.

Nous n'avons pu nous procurer une observation d'Abetti signalée par Lippenset parue dans la *Riforma medica* (1912).

Nous rapporterons donc maintenant nos vingt-neuf observations classées en séries suivant la pathogénie probable. Cette classification sera expliquée au chapitre III.

Ensuite, nous étudierons analytiquement l'étiologie,

la pathogénie, l'anatomie pathologique, la marche, la durée et le pronostic des hématomes périnéphrétiques non traumatiques.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Sexe. — Nos observations se partagent entre 18 hommes et 10 femmes (obs. de Dickinson n'indique pas le sexe) avec une prédominance pour le sexe masculin.

Age. — Nous trouvons les chiffres suivants :

1 à 10 ans exclu.		1 cas
10 à 20	—	3 —
20 à 30	—	6 —
30 à 40	—	6 —
40 à 50	—	2 —
50 à 60	—	5 —
60 à 70	—	2 —
70 et au-dessus.		1 —

Obs. VIII. Ritter, pas d'âge indiqué.

Obs. XXI. Dickinson, pas d'âge indiqué.

Obs. XIII. Bozy, homme d'un certain âge.

En résumé, il résulte de ceci que le sujet appartient à tous les âges, c'est parfois un enfant, le plus souvent

un adulte, plus rarement un vieillard avec prédominance pour le sexe masculin.

Causes déterminantes. — Je laisse de côté les cas traumatiques. Une observation parmi celles retenues mentionne bien un léger traumatisme, mais il ne me paraît pas avoir joué un rôle important.

C'est l'observation XIX, classée dans la série des néphrites toxiques.

Les hématomes périnéphrétiques sont-ils liés à des lésions rénales, surénales ou anévrismales ? C'est ce que nous étudierons dans le chapitre suivant.

OBSERVATIONS

CLASSÉES PAR SÉRIES
SUIVANT L'ORIGINE PATHOGÉNIQUE PROBABLE

SÉRIE I

Hématome sans cause appréciable.

OBSERVATION I (d'après Coenen).

(Hildebrand, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XL, p. 99)

Jeune fille de dix-neuf ans, bien portante trois semaines avant, et dont la production d'un épanchement abdominal dans le côté gauche s'accompagna : de douleurs, de sensation de tension et de grande pâleur. On trouva une tumeur élastique se prolongeant en haut, sous les côtes, atteignant l'ombilic en dedans où elle se terminait par un bord arrondi. L'urine étant normale on pensa à une tumeur de la rate et on intervint par la voie transpéritonéale. Hildebrand trouva un sac contenant 1 litre et quart de sang demi-liquide et coagulé, qui entourait le rein droit. La face interne du sac avait l'aspect d'une muqueuse. Vers la partie médiane se trouvait le rein d'apparence sain. Les bords du sac furent suturés à la plaie et la cavité drainée. La malade guérit. L'examen histologique de la paroi de l'hématome montra des tissus conjonctifs sans couche épithéliale ou endothéliale. Pas de communication entre la loge hématique paranéphrétique et le rein ou le bassin. Hildebrand

admet que l'hématome a été produit par la déchirure d'un gros vaisseau et peut-être par une artère rénale anévrismatique qui se serait rompue.

SÉRIE 2

Hématome lié à de l'hémophilie (plus ou moins démontrée).

OBSERVATION II

(Coenen)

Homme, trente-trois ans, entre le 13 décembre 1909, mort le 23 du même mois. A dix-sept ans, rhumatismes articulaires, depuis il se plaint parfois de douleurs aux coudes, genoux et épaules. En juin 1907, hémorragie nasale, dont on n'eut connaissance qu'après sa mort. On pensa à l'hémophilie. Il y a un an (inflammation nerveuse?) de l'aisselle droite.

L'affection actuelle débuta en septembre 1909; subitement il se plaignit d'une douleur brûlante dans le haut de la cuisse qui s'étendit peu en haut et en arrière à la région rénale gauche. L'urine aurait été sanglante pendant quatre jours. La douleur de la région rénale fut persistante avec une grande intensité, au point que le médecin dut injecter de la morphine. Avec l'arrêt de l'hémorragie la douleur disparut. Il n'a pas éliminé de calcul. Le 10 novembre 1909, survint une hématurie rénale qui dura quatre jours, accompagnée de faibles douleurs. A son entrée à l'hôpital, homme gros, boitant de la jambe gauche, bon état général. Le cœur déborde d'un travers de doigt la ligne du mamelon. Léger souffle systolique à la pointe du cœur et à l'artère pulmonaire. Poumons : 0. Dans le côté gauche de l'abdomen, on sent une tuméfaction dure, à bord intérieur arrondi, dépassant l'ombilic de un à deux travers de doigt, non mobilisable par les mouvements respiratoires, se perdant en haut sous l'arc costal, sensible à la pression dans

sa partie médiane et supérieure. La tumeur est absolument fixe et semble appartenir à la paroi abdominale postérieure. Aucune douleur à la pression de la colonne vertébrale, le côlon descendant distendu par les gaz est devant la tumeur. 16 décembre 1909, cystoscopie. Vessie et orifice urétéraux normaux. Urine : ni albumine, ni sucre, ni sang. La radiographie montre, à gauche, une ombre plus marquée qu'à droite; à gauche, l'indigo-carmin apparaît dans la vessie en treize-deux minutes, le sucre, après injection de phloridzine après quarante-six minutes, à droite, 5 minutes pour l'indigo et quatorze minutes pour le sucre : 0 l. 71 à droite, 1,02 à gauche. On pensa donc à une tumeur du rein gauche en remarquant que la tumeur était très adhérente à la colonne vertébrale.

22 décembre 1909. — Opération (Coenen). Incision de Bergman. La traversée des muscles s'accompagne d'une hémorragie plus intense qu'à l'ordinaire. Le rein libéré, on ne constate que de la mobilité anormale comme pour un rein mobile, mais rien de pathologique. On le fixa donc avec un fil à la II^e côte, et avec un autre aux muscles, les fils traversaient profondément le rein. L'après-midi, hémorragie importante par la plaie. Le soir, rien. Pendant la nuit le malade succomba rapidement sans qu'on s'aperçût d'une nouvelle hémorragie par la plaie.

Autopsie (D^r Geisler). — Hématome ancien dans l'abdomen. Hémorragie post-opératoire récente. Hémorragie ancienne du muscle iliaque gauche du carré des lombes. Hémorragie récente de la plaie opératoire refoulant le côlon descendant et transverse. Hémorragie pelvienne. Hypertrophie amygdalienne. Hypertrophie du ventricule gauche. Œdème pleural gauche. Adhérence pleurale. L'hémorragie subcapsulaire hépatique. Anémie générale. Infarctus calculeux des reins. Hypertrophie de la prostate. Dilatation de l'uretère gauche. Rate : grosse, pâle, molle. Foie : pâle, sous la capsule du lobe droit, plusieurs hémorragies.

Rein droit : $12 \times 6 \times 3$ centimètres, capsule se décollant facilement. Dans le bassin, petites hémorragies attribuables à la sonde.

Rein gauche : capsule enlevée par l'opération. Dans le bassin, hémorragie plus importante à gauche qu'à droite ; pour le reste, même constatation qu'à droite.

Urètre gauche un peu dilaté, droit normal.

Capsule surénale sans aucune lésion extérieure.

À l'ouverture de l'abdomen on trouve 125 centimètres cubes de liquide coloré par le sang. Le péritoine du côlon descendant et la moitié gauche du côlon transverse est soulevé par une hémorragie et refoulé vers la ligne médiane. À gauche, près de la colonne vertébrale, se trouve une tumeur rénitente de la grosseur d'un poing s'étendant de la 12^e vertèbre dorsale à la 2^e lombaire. Séparé complètement d'elle, l'urètre gauche passe en dedans et en avant. En incisant on tombe sur un hématome vieux de plusieurs semaines. La capsule qui l'enveloppe est de consistance dure, de 4 millimètres d'épaisseur et de couleur rouge pâle. L'hématome est inclus dans le carré des lombes gauches. Au-dessus de cet hématome ancien et complètement distinct de ce dernier, se trouve une cavité de la grosseur d'une tête d'enfant, contenant un hématome récent avec le rein fixé à la XI^e côte. Cet hématome est extrapéritonéal. Il atteint en haut le diaphragme et latéralement la paroi abdominale et thoracique.

Un troisième hématome, le plus ancien (il devait bien remonter à plus de six mois), de la dimension d'une petite pomme, siège contre le faisceau du muscle iliaque interne. Le muscle lui-même présente de nombreuses nodosités. L'hématome décrit en premier lieu est brun clair, le deuxième rouge sombre, le troisième est entièrement foncé. On ne trouve aucune lésion d'un vaisseau susceptible d'expliquer l'hémorragie.

L'examen microscopique du rein gauche ne montre en aucun point une hémorragie notable du tissu, mais des

canalicules urinaires remplies de sang. Les glomérules sont partiellement atrophiés, diminués de moitié en dimension et transformés en tissu fibreux. Les vaisseaux des glomérules qui persistent sont gorgés. Les tubes contournés du voisinage du glomérule hyperémié contiennent de nombreux cylindres. Aux autres points de vue les tubes contournés sont normaux, leur noyau se colore bien. Le tissu conjonctif de la substance corticale est hypertrophié. En plusieurs points, infiltration de petites cellules. Les tubes droits ont des noyaux se colorant bien, cependant, en beaucoup de points on constate une légère infiltration. Dans la substance médullaire le tissu conjonctif est normal.

Diagnostic microscopique : néphrite interstitielle.

Pour l'autre rein, même diagnostic microscopique.

L'auteur admet qu'il s'agit d'une hémophilie.

OBSERVATION III

(Rickert, *Bertrage für path. anat. und zur allgemeinen Path.*
B. 50, 1911, S. 578)

Un enfant de douze ans, envoyé à la clinique pour abcès pérityphique (matité de la région cæcale, tuméfaction progressive, fièvre) fut opéré. Les parois abdominales sont infiltrées de sang, la cavité abdominale paraît indemne, mort le jour de l'opération.

Autopsie. — La paroi abdominale est tellement infiltrée de sang que l'épaisseur du grand droit atteint 4 à 5 centimètres.

La capsule graisseuse du rein gauche près du pôle supérieur est légèrement infiltrée de sang, celle du rein droit est fortement imbibée de sang en arrière de l'organe et au niveau du hile. Cette infiltration s'étend le long de l'uretère droit jusqu'à son entrée dans le petit bassin. Rickert admet que cette hémorragie est survenue sans cause occasionnelle.

OBSERVATION IV (d'après Coenen).

(Lœven)

Homme, vingt ans, entre à la clinique le 14 novembre 1910, originaire d'une famille hémophilique. Grand-père mort d'hémorragie, père en bonne santé, un frère mort d'une hémorragie externe, deux sœurs bien portantes, a déjà eu fréquemment des hémorragies articulaires. La veille, douleurs dans le côté droit où il se forma une tuméfaction. Malade très pâle, soif intense et envoyé à l'hôpital pour inflammation cæcale. Etat actuel : pâleur, pouls fréquent, petit, bruits du cœur affaiblis, irréguliers. Temp. : 36°5. Eructations continuelles ; de temps à autre vomissements. Gémissements continuels. Le ventre est mou ; dans le côté droit de l'abdomen, on voit et on sent une tuméfaction ferme, douloureuse, à la pression qui s'étend jusqu'à la ligne médiane. Le malade étant assis, on remarque que le flanc droit et la région rénale sont fortement tuméfiés. Matité absolue de la région tuméfiée. L'intestin est refoulé à gauche. Pas de fluctuation. Urine rare, normale, *on diagnostise une hémorragie périrénale*. Injection sous-cutanée de tétanus sérum. Le jour suivant, 15 novembre 1910, mort avec les symptômes d'une extrême anémie.

Autopsie (D^r Versé). — Dans l'abdomen on trouva 400 centimètres cubes de sérosité sanguinolente. Dans le côté droit, sous le péritoine pariétal, une masse sanglante rouge sombre mélangée à du tissu graisseux rétropéritonéal déplaçant le colon ascendant et transverse. Sur le haut de cette tuméfaction qui remplit la cavité qui s'étend du bord latéral du thorax à la colonne vertébrale, on sent le rein droit. Les anses intestinales pâles sont repoussées à gauche. Le bord du foie est à un travers de doigt au-dessus du bord costal. Sur le côté gauche du mésentère, au niveau de son insertion et sur la portion ascendante du duodénum, à

droite, se trouve une infiltration sanglante diffuse qui occupe le tissu rétropéritonéal, s'étend jusqu'au ligament de Poupert et aussi dans le petit bassin et jusqu'à l'anus. Le muscle psoas droit est en totalité infiltré de sang. Le tissu cellulaire prévésical est infiltré. L'infiltration sanglante s'étend jusqu'au diaphragme. Par le muscle psoas elle gagne la cuisse. Entre le foie et le diaphragme on trouve 300 centimètres cubes de liquide fortement sanglant.

Estomac et intestin normaux ; pas de sang dans leur cavité.

Rein gauche : pâle, sans autre particularité.

Rein droit : à la coupe, il est normal, sauf une extrême pâleur. L'infiltration sanguine commence en dehors de la capsule fibreuse, occupe la capsule adipeuse et entoure le rein.

Le muscle psoasiliaque est infiltré de sang. L'hémorragie s'étend à la cuisse jusqu'à la colonne vertébrale et même iliaque. On ne voit pas l'origine de l'hémorragie.

Réaction de Wassermann négative pour le sang recueilli à l'autopsie.

SÉRIE 3

Hématome lié à mobilité rénale.

OBSERVATION V

(Cathelin II)

B... E., ménagère, trente-six ans, vient consulter à l'Hôpital d'Urologie le 11 septembre 1909, se plaignant de mal de reins. Les douleurs siègent dans la région lombaire droite et irradient vers la fosse iliaque ; elles sont sourdes, presque continues, et s'exaspèrent par la fatigue. Rien d'important à signaler parmi les antécédents morbides. Grossesse unique, normale, avant laquelle la malade aurait déjà souffert des reins.

Urines troubles, d'aspect purulent.

Mictions non douloureuses et sans hématuries.

A droite, le palper décèle un déplacement très marqué du rein, qui est tombé dans la fosse illiaque. Facilement réductible, l'organe n'est ni gros, ni douloureux à la pression.

Du côté de l'hypocondre gauche, le rein n'est pas senti.

Rien du côté de l'intestin. Utérus et annexes normaux.

Le même jour, M. le Dr Beauvy procède à l'examen histologique des urines qui donne le résultat suivant :

Sédiment de cellules épithéliales pavimenteuses; pas de leucocytes; mucus englobant le tout.

Examen chimique fait par M. Gauvin :

Urée.	10 gr. 24	par litre
Chlorures	8 gr. 10	—

Le 2 octobre 1909, M. Cathelin fait le cathétérisme urétéral : il constate à droite un orifice urétéral en fente, excavée. La sonde pénètre facilement jusqu'au rein.

Analyse de l'urine des trois verres de M. Gauvin :

Urine totale	
Urée	2 gr. 56 par litre
Chlorures	7 gr. 10 —

R. D. (Cathétérisé)	R. G. (Urine vésicale)		
Quantité	10 cm ³	Quantité	5 cm ³
Urée	5 gr. 12	Urée	4 gr. 63
Chlorures	8 gr. 85	Chlorures	7 gr. 10

Opération le 8 octobre 1909 par M. Cathelin.

Néphrorraphie droite (procédé de Ramon Guiteras).

Incision recto-curviligne de Guyon.

Rein cerclé d'adhérences fermes presque scléreuses, avec hématonéphrose sous-capsulaire ayant complètement décollé la capsule. Section des adhérences de la capsule sur

le bord convexe du rein. Aucun incident opératoire. Pas de drainage.

La malade sort de l'hôpital trois semaines après l'opération. Elle se présente, le 11 décembre 1909, à la consultation, n'accusant plus de douleurs de reins. Cicatrice excellente. Elle revient pour la seconde fois le 30 décembre 1909, se plaignant encore de quelques douleurs ; mais la ptose du rein s'est manifestement reproduite.

SÉRIE 4

Hématomes liés à l'hydronéphrose.

OBSERVATION VI (d'après Coenen).

(Lenk)

Institutrice, vingt-huit ans, se plaignant depuis des années de coliques qui furent attribuées à de la lithiasé hépatique. Pendant une cure à Carlsbad, en même temps que survenaient des douleurs, il se forma au-dessous de l'arc costal droit une tuméfaction qui disparaissait après arrêt des coliques. Cela se produisit six fois dans l'année. Mais après la dernière crise en décembre 1908, la tuméfaction, au lieu de disparaître comme à l'ordinaire, persista définitivement.

On trouva chez cette jeune fille, à deux travers de doigt à droite de l'ombilic, une tumeur douloureuse qui remplissait tout le flanc droit et le mésogastre, s'étendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure.

Mobile avec la respiration et présente du ballottement lombo-abdominal. Urine légèrement trouble, alcaline, sans albumine, dans le sédiment leucocyte et cellules épithéliales de la vessie.

D'après le cathétérisme urétéral, on pensa à une hydro-

néphrose. Il s'écoule en effet par la sonde urétérale droite 250 centimètres cubes d'urine pâle; l'écoulement en est rapide et la pression sur le rein l'accélère. L'indigo-carmin et le sucre apparaissent dans l'urine une heure après l'injection du côté droit, dix minutes du côté gauche. On admet le diagnostic d' « hydronéphrose (d'abord intermittente, puis définitive) du rein droit mobile avec graves altérations fonctionnelles ». En raison d'une polyurie accentuée et fréquente, d'une légère dilatation du cœur gauche et du renforcement du deuxième bruit aortique, on admet une légère néphrite interstitielle.

Le 22 novembre 1908, comme le fonctionnement du rein gauche était bon, on fit la néphrectomie droite (Hochnegg). L'opération s'exécuta avec difficulté en raison de tissus lardacés englobant la capsule graisseuse et le pédicule.

Le rein enlevé était entouré d'une couenne hémorragique avec îlots adipeux de 1 centimètre d'épaisseur, qui adhéraient fortement à la substance rénale par places, tandis qu'en d'autres elle en était séparée par des masses sanguines anciennes. La surface du rein présentait de nombreuses ecchymoses dues à la libération de la couenne. Le bassinnet était dilaté, bombé avec des parois dures.

Au microscope, on constata une dégénérescence hyaline des capsules de Bowman, des vaisseaux capillaires et même de tous les glomérules. Les canalicules urinaires contenaient des cylindres hyalins, l'épithélium était partiellement nécrosé. La substance corticale était le siège d'une forte infiltration de cellules rondes, de plus en plus marquée vers la surface. Au contact de celle-ci se trouvait un tissu de granulations qui se transformait en tissu lardacé, parsemé de tous côtés de foyers hémorragiques récents et étendus. On ne constata pas de transformation scléreuse des vaisseaux.

Guérison.

OBSERVATION VII

(Cathelin III)

M.-B. J..., cinquante-huit ans, sellier, vient consulter à l'Hôpital d'Urologie, fiche n° 834, le 8 mars 1909, pour des douleurs de vessie.

Examen clinique. — Ni blennorrhagie, ni syphilis. Douleur à la fin d'uriner depuis le mois d'octobre dernier.

Non sentis. CV = 60 grammes.

Cathétérisme urétéral et examen des urines :

1 ^{er} examen		2 ^e examen	
Urée	19 gr. 21 ⁰ / ₁₀₀	19 gr. 21 ⁰ / ₁₀₀	
Chlorures.	3 gr. 10 ⁰ / ₁₀₀	7 gr. 50 ⁰ / ₁₀₀	
R. D.		R. G (Cathétérisé)	
Quantité	4 cm ³	9 cm ³	
Urée	8 gr. 96 ⁰ / ₁₀₀	19 gr. 21 ⁰ / ₁₀₀	
Chlorures.	4 gr. 90 ⁰ / ₁₀₀	7 gr. 80 ⁰ / ₁₀₀	

Examen microscopique. — Globules de pus en très grande abondance, non déformées. Staphylocoques.

Opération (22 avril 1910). — Grosse lipomatose périrénale. Rein petit, perdu dans le ventre, au milieu de cette gangue. Décortication pénible.

Libération de l'uretère, gros et dilaté, mais mou et non dur. Forcippresseur fragmentée du hile par mon procédé. Triligature au catgut n° 3.

Deux drains.

Suites excellentes

Pièce. — Poids : 70 grammes avec 9 cm 7 de haut et 5 cm 4 de large, avec un kyste hématique et une hydro-néphrose sous-capsulaire. Bassinet tigré. Dilatation caliciale.

OBSERVATION VIII

(Ritter¹)

Ritter rappelle qu'il y a peu de temps Kock, de Posen, a apporté un cas d'énorme hémorragie provenant de la surrénale.

Il en rapporte un où l'origine était rénale.

Le diagnostic fut fait avant l'opération, ce qui, sauf un cas, n'avait pas encore eu lieu.

Le malade a depuis plusieurs années des crises de coliques dans la région rénale droite, jamais de pierre. Aspect anémié. Urines : sang pur. Pas de pierre dans la vessie, matité du flanc droit, tumeur sous la paroi à droite ; rien à gauche. Pouls à peine perceptible, très rapide.

Opération. — Néphrectomie droite qui fit constater une infiltration sanglante de la capsule graisseuse. Capsule fibreuse, mince, complètement normale, adhérente au rein. Rein fortement hydronéphrosé. Bassinet fortement dilaté, rempli de sang, sans pierre. Parenchyme rénal très réduit n'ayant plus par places que l'épaisseur d'une feuille de papier.

Coudure de l'uretère près de son embouchure ; celle-ci est normale.

Plusieurs kystes sanguins dans le rein et par places pigmentations témoignant de vieilles hémorragies.

Pour Ritter, les anciennes crises devaient être rattachées à des hémorragies. Celles-ci ont amené l'hydronéphrose. L'accident ultime doit être rattaché à une grosse hémorragie ; comme pour le cerveau, il y a de petites hémorragies d'abord, puis l'ultime plus grave.

¹ Périrénales Hämaton (*Berliner klinische Wochenschrift*, décembre 1912, p. 2496).

OBSERVATION IX

(Azzuvini, *lo Sperimentale*, septembre 1912, p. 479)

Une femme, trente-six ans, ayant subi en 1910, une hystérectomie avec ovaro-salpingectomie suivant le procédé de Wertheim pour épithélioma utérin.

Sortie en état de guérison apparente. Rentrée à la clinique le 11 janvier 1911, présentant des douleurs internes dans le quadrant droit de l'abdomen et d'abondantes métrorragies (provenant de l'urine).

A son entrée, état à demi-conscient, incontinenances des fèces, répond avec difficulté. Aucun symptôme à noter du côté des organes thoraciques, abdominaux et nerveux.

L'urine recueillie à la sonde contient de l'albumine en quantité notable et des globules rouges. Examen gynécologique négatif.

Vers le milieu du jour suivant aggravation importante. La température s'abaisse à 35°5, pouls filiforme, bruits du cœur irréguliers et indistincts. Dyspnée augmentant graduellement et mort le même jour à 21 heure par paralysie du cœur et œdème pulmonaire.

Autopsie. — Au niveau de l'appareil génital de la cicatrice opératoire, des ligatures, noyaux néoplasiques dans les tissus et les glandes du voisinage, urètres comprimés par ces noyaux, le droit surtout.

Le rein gauche présente une forte augmentation de la capsule adipeuse, la substance rénale est pâle, jaunâtre, les dimensions de la substance corticale et médullaire sont normales. Bassinet modérément dilaté.

A droite, dans la loge rénale, grosse masse fluctuante de la dimension d'une tête de fœtus à terme adhérente aux parois de la fosse lombaire. De la face intérieure du foie, elle s'étend à la fosse iléo-cæcale et adhère fortement aux noyaux et aux tissus néoplasiques qui compriment l'ure-

tère. A l'incision elle apparaît constituée par une paroi conjonctive dure, blanchâtre, de l'épaisseur d'un demi-centimètre avec un gros coagulum fibrino-cruorique stratifié à sa surface interne limitant une vaste cavité à contenu séro-hémorragique, dans le fond de laquelle se trouve le rein, petit, pâle, écrasé contre la colonne vertébrale; le rein apparaît décortiqué au niveau de son bord interne et externe, d'un pôle à l'autre, et sur une bonne étendue de ses faces antérieure et postérieure, privé aussi non seulement de la capsule adipeuse qui n'existe plus, mais aussi en ces points de la capsule fibreuse propre. La surface externe a un aspect chagriné et de coloration grisâtre uniforme.

Il est ferme à la coupe : le bassin et les calices sont très dilatés, tandis que la substance propre est réduite à une épaisseur de quelques millimètres, de coloration uniforme sans qu'on puisse distinguer la substance médullaire de la corticale.

La muqueuse : de la vessie, uretère, bassin, est normale.

Nodules métastiques dans les ganglions le long de l'artère iliaque gauche.

Pâleur des téguments. Rien à noter pour les autres organes.

Diagnostic anatomique. — Récidive dans la glande lymphatique du paramétrium, d'un cancer utérin opéré. Hydro-néphrose bilatérale, développée surtout à droite. Hématome sous-capsulaire du rein droit.

Cause de la mort : anémie due à une grave hémorragie nerveuse à la suite du décollement de la capsule fibreuse du rein droit.

A la suite de recherches histologiques minutieuses, l'auteur arrive à cette conclusion que l'origine de l'hémorragie n'était pas rénale mais capsulaire, sans qu'on ait trouvé de rupture.

SÉRIE 5

Hématome avec rein calculeux.

OBSERVATION X

(Løeven, *D. Zeitschrift für Chirurgie*, 1912, p. 367)

Homme quarante-neuf ans. Entré à la clinique le 2 mai 1909. Renseignements donnés par sa femme. Il souffre depuis deux ans de coliques néphrétiques, d'abord tous les six mois, puis tous les ans ou deux ans. La dernière date de trois ans. A six reprises élimination de graviers. Depuis trois mois on trouve dans l'urine des cylindres et de l'albumine mais jamais de sang.

Il y a deux jours survinrent des douleurs dans la région rénale gauche qui n'empêchèrent cependant pas le malade de venir à la clinique. La veille la douleur est devenue extrêmement vive. Le patient a de la confusion mentale et réfléchit difficilement.

Etat actuel. Forte constitution. Langue sèche. Face un peu boursoufflée. Il gémit à voix haute.

Cœur : 0. Auscultation pulmonaire impossible, le malade gémissant continuellement.

L'abdomen est soulevé. Les parois abdominales sont un peu tendues et sensibles à la pression sur toute leur étendue. Dans la région rénale gauche on perçoit une résistance difficilement limitable, extrêmement sensible et appartenant en apparence au rein. La sonde donne issue à 100 centimètres cubes d'urine trouble et de rares cylindres hyalins.

Radiographie ne donne rien de net du fait de l'agitation du patient. Etat mental s'aggrave. Le malade paraît urémique. Croyant à un calcul de l'uretère on décide d'intervenir sur le rein gauche; mais dès les premières bouffées d'éther le malade succombe.

Autopsie (Dr Verre). — Dilatation ventricule gauche. Cavité abdominale : on trouve 1.400 centimètres cubes d'une sérosité assez fortement colorée par du sang, séreuse

lisse et jolie. Foie dévié légèrement à gauche. Sur la petite courbure de l'estomac, sur le mésocôlon et le côlon transverse, on trouve du sang rouge sombre, fraîchement épanché. On en trouve sous le péritoine, le duodénum, l'insertion du mésentère et autour du pancréas. Dans la région du rein gauche forte saillie sous le péritoine pariétal avec refoulement du côlon descendant en avant et vers la ligne médiane. Le duodénum est également un peu refoulé vers la ligne médiane. Cette masse résistante s'étend en haut vers le diaphragme et en bas vers la fosse iliaque. Au hile de la rate, le tissu est également injecté de sang.

Les reins sont enlevés adhérents aux organes du petit bassin. On constate que le tissu rétropéritonéal est infiltré de sang jusqu'à la fosse iliaque et que cette infiltration s'étend de l'entrée du petit bassin vers le côté droit. Autour du rein gauche tout le tissu graisseux est infiltré de sang. Une incision sur toute la masse qui a 17 à 18 centimètres de long, et amenée suivant le bord convexe du rein montre qu'entre sa capsule et sa surface s'est formé un coagulum rouge sombre qui atteint 5 centimètres d'épaisseur. Il sépare entièrement la capsule fibreuse du rein, avec adhérence par place sur le reste de la surface rénale qui est finement granuleuse. Les gros vaisseaux du hile rénal sont intacts.

Le rein a 13 centimètres de long, il est un peu mou. A la coupe : bassinet et calices fortement dilatés. Le rein contient plusieurs concrétions qui atteignent jusqu'à la grosseur d'une noisette. La substance corticale est amincie et mesure 1,1 centimètre, la couleur est rouge. Abscès. Dans l'uretère gauche un calcul de la grosseur d'une noisette et une quantité de petites concrétions de la dimension d'un grain d'avoine. Uretère assez étroit. Rein droit atrophié, capsule adipeuse très développée. La surface du rein irrégulière avec fines granulations. La plus grande épaisseur du parenchyme est de 1,5 centimètre. Dilatation des calices et du bassinet. Pas de calcul.

Vessie : Urine trouble, muqueuse pâle, pas de fièvre.

SÉRIE 6

Hématomes liés à la tuberculose rénale.

OBSERVATION XI

(Cathelin I)

M^{lle} B..., vingt-cinq ans, de très bonne apparence et pesant 100 kilogrammes, présente depuis trois mois des hématuries profuses sans grand mal aux reins ni douleurs de vessie. Aucune miction claire dans l'espace de trois mois. Son médecin fait pendant quatre mois des lavages de vessie sans résultat.

Comme antécédents, notons une broncho-pneumonie à l'âge de deux ans, à la suite d'une coqueluche, et Bouchut à ce moment avait déjà pensé à la tuberculose. Sans souffrir dans les reins, elle se plaint d'une gêne dans le côté droit depuis l'âge de treize ans; elle a eu une seule fois des coliques « à se rouler », on pensa à une appendicite, mais ce ne devait être probablement qu'une crise de rétention rénale. Les urines, dans les années qui précédèrent l'hématurie étaient déjà blanchâtres et troubles.

Depuis deux ans, les mictions sont plus fréquentes le jour et la nuit; elle se réveille deux à trois fois et même cinq fois dans les derniers temps. Elle urine de 1.400 à 1.600 grammes par jour. La capacité vésicale est de 150 grammes. Les reins ne sont pas sentis.

Cystoscopie et cathétérisme urétral (20 février 1907). Plusieurs ulcérations au niveau du col vésical.

Sondage de l'uretère droit avec un numéro 6.

Rein droit. — Urines absinthiques avec au moins 2 centimètres de pus verdâtre et crémeux renfermant 1 gr. 30 d'urée au litre et 6 gr. 50 de chlorures avec de très nombreux leucocytes et des cellules des canalicules urinaires.

Rein gauche. — Urines claires, limpides, peu colorées

mais sans pus, renfermant 12 gr. 10 d'urée au litre, et 10 gr. 10 de chlorures et quelques leucocytes.

Néphrectomie lombaire (1^{er} mars 1907). Aide: D^r Boulanger; chloroformisateur: D^r Grandjean; assistant: D^r Brun, médecin traitant.

Incision de Guyon. Enorme couche de graisse. Au moment d'amener le rein je crève la capsule fibreuse en arrière et il s'écoule 200 à 300 grammes de sang noirâtre qui, un instant, m'avait fait penser à une déchirure de la veine cave.

Je continue donc la décortication sous-capsulaire. Je sectionne l'uretère, gros comme un doigt, à l'aide du thermo, et je pédiculise par fragmentation, ce qui est assez difficile, car les vaisseaux sont haut situés. Deux abcès du rein s'ouvrent dans la plaie. Ecoulement de pus verdâtre. Nettoyage: deux drains, un mèche.

Suites opératoires. Excellentes, malgré un état d'hypothermie à 35 degrés qui m'inquiète le quatrième jour. (Le sang qui, en réalité venait des ulcérations vésicales, persiste pendant plusieurs semaines encore, mais très atténué.

OBSERVATION XII

(Cathelin IV)

R..., Louise, trente-huit ans, sans profession est envoyée le 11 mars 1901 à l'hôpital d'Urologie par le D^r Auvergniot pour des phénomènes de cystite, en particulier pour des douleurs qui durent depuis un an et surtout depuis quatre mois.

Les mictions sont nombreuses et douloureuses; les urines troubles surtout depuis jours avec hématuries légères.

Le rein droit est tombé dans la fosse iliaque mais facilement réductible et non douloureux.

Aucun point urétéral sensible.

Amaigrissement appréciable.

Cystoscopie. — C V = 180 centimètres cubes. Plaques rouges dont plusieurs ulcérées sur toutes les parois.

Le bas-fond est couvert de bulles d'œdème, d'ulcérations et de placards de pus.

O. U. G. : fente rouge-vif avec un diverticule immédiatement en arrière de lui.

O. U. G. : Orifice en trou noir taillé à l'emporte-pièce, largement ouvert.

Cathétérisme urétéral. Facile.

Rétention pyélique droite de 20 centimètres cubes.

R. G. Urines pâles, lavées, purulentes, abondantes.

R. D. Urines limpides, jaune or.

Examen clinique :

Urine totale		1 ^{er} échantillon	
		R. D.	R. G.
Urée.	7 gr. 68 ⁰ / ₁₀₀	5 gr. 12 ⁰ / ₁₀₀	10 gr. 24 ⁰ / ₁₀₀
Chlorures.	12 gr. 80 —	8 gr. 70 —	11 gr. 60 —

		2 ^e échantillon	
Urée.	3 gr. 84 ⁰ / ₁₀₀	8 gr. 96 ⁰ / ₁₀₀	
Chlorures.	5 gr. 30 —	11 gr. 20 —	

Inoculation au cobaye : Positive. Cobaye sacrifié le 11 mai 1911.

Opération (26 mai 1911).

Incision de Guyon. Voie du quadrilatère de Grynfeld.

Rein bas situé ; on était d'abord tombé sur le foie.

Libération assez facile sauf en avant, à cause d'adhérences.

Section haute de l'uretère.

Pédiculisation fragmentée du hile.

On trouve un véritable kyste sanguin entre la capsule propre du rein molle et flottante et le parenchyme.

Suites : Guérison rapide sans fièvre et sans incident.

Pièce : Le rein du poids de 140 grammes, présente, en plus du kyste sanguin périnéal ;

Quelques cavernes tuberculeuses ;
Des granulations sur la corticalité ;
Des poches sous-corticales d'hydronéphrose tuberculeuse

SÉRIE 7

Hématomes liés à une néphrite médicale.

A. NÉPHRITE INTERSTITIELLE

OBSERVATION XIII

(Bozy ¹)

J'ai observé il y a plusieurs années deux cas d'hématome périrénal. L'un, consécutif à une petite contusion superficielle du rein, je le laisserai de côté. L'autre, je l'ai observé chez un homme d'un certain âge qui avait vu se développer dans la région lombaire un hématome à allure inflammatoire, comme dans le cas de M. Hartman. Il avait des antécédents urinaires, il avait été soigné dans le Service de M. Grizon pour des hématuries. Je l'ai opéré. Je vidai la poche, explorai la surface du rein et n'ai rien vu.

Du reste, le malade est mort au bout de quelques jours et j'ai pu faire son autopsie.

Autopsie: Je n'ai rien trouvé, ni sur son rein, ni à l'intérieur, sauf des traces de néphrite interstitielle, qui puisse m'expliquer cet hématome périnal.

OBSERVATION XIV (d'après Coenen).

(Kock)

Homme, trente-et-un ans, vigoureux, souffrant des reins depuis des années, entré le 2 mai 1905, pour urémie à l'hôpital de Elberfeld et traité par la cure de sueurs, saignées et eau salée. Le 5, le 11 et le 28 avril 1906, crises de douleurs très

¹ *Archives de la Société de chirurgie de Paris*, 1906, p. 695.

vives dans tout le ventre accompagnées d'ascension de la température et apparition d'une résistance étendue et douloureuse dans la région rénale gauche. Pendant les crises on constata la présence de globules de sang et l'absence de bacilles tuberculeux et de cellules néoplasiques. La cytoscopie montre un écoulement d'urine beaucoup plus lent à gauche qu'à droite. L'étroitesse du méat urétéral empêche le cathétérisme. Radiographie négative. Une ponction exploratrice de la masse ne ramena que du sang coagulé et des masses fibreuses. Avant que l'intervention opératoire fut entreprise, apparut à droite, avec le même cortège douloureux, une résistance analogue à celle constatée à gauche. Les phénomènes urémiques s'aggravèrent et le malade mourut le 7 octobre 1907.

Autopsie (Dr Kock). — Gastro-entéroptose marquée, hypertrophie du ventricule gauche. Légère artériosclérose, et de chaque côté du ventre un sac recouvert de péritoine, fluctuant, de la dimension d'une miche de pain, repoussant en avant le côlon ascendant et descendant. Le sac gauche à parois épaisses contient un liquide séreux et des caillots fibrineux anciens. Le sac droit à parois minces renferme un liquide sanglant et des caillots sanguins récents. Dans chaque sac se trouve le rein recouvert de sa capsule fibreuse et d'apparence normale à sa surface et à la coupe. La capsule adipeuse n'était pas reconnaissable. Les mensurations du sac gauche donnaient : longueur, 20 centimètres ; largeur, 15 ; profondeur, 7,5. Les dimensions du rein gauche étaient de : $12,5 \times 5,5 \times 3,75$. La paroi du sac mesurait de 3 à 8 millimètres. Le sac droit mesurait 22 centimètres de longueur, 19 de largeur, 11,5 d'épaisseur. Le rein droit mesurait $11,5 \times 8,5 \times 3,5$. La paroi du sac droit avait 2 millimètres.

Capsules surrénales normales.

Au microscope, la paroi du sac était formé de tissus fibreux, en faisceaux parallèles avec des foyers infiltrés et des masses sanguines à sa surface,

Les reins présentaient les lésions de la néphrite interstitielle avec des glomérules atteints en totalité où en partie de dégénérescence hyaline.

Pas d'artériosclérose, ni macro., ni microscopique décelable. On ne peut découvrir la cause de l'hémorragie.

B. NÉPHRITE CHRONIQUE

OBSERVATION XV (d'après Coenen).

(Doll I)

Un homme de soixante ans, employé, nettement artérioscléreux d'après hypertrophie du cœur, avec néphrite chronique, tombe malade le 19 mai 1906 au soir avec une vive douleur dans le côté gauche du ventre. Le lendemain et le surlendemain survint une pareille attaque douloureuse ; la température s'élevant passagèrement de 38 à 39 degrés. A partir du troisième jour on put constater une tuméfaction douloureuse du côté gauche du ventre qui grossit peu à peu jusqu'à fournir une tumeur rénitente à surface lisse. En même temps symptôme de pneumonie de la base gauche, puis de la base droite. Le jour qui précéda la mort, météorisme intense avec dysnée.

Dans les heures qui précédèrent la mort, apparition d'une coloration bleu noir à la région lombaire et à la moitié gauche du scrotum. Mort au cinquième jour de la maladie.

Autopsie. — Hypertrophie du ventricule gauche, sclérose des coronaires, athérome marqué de l'aorte, Poumons : les deux lobes inférieurs congestionnés, hypostatique et dépôt fibrineux. Diaphragme plus élevé à gauche qu'à droite. Tous les organes abdominaux sont fortement anémiés et le péritoine est lisse comme un miroir.

La tumeur est de forme éллиptique et de la dimension d'une grosse michie de pain. En haut elle s'étend jusque dans la coupole diaphragmatique, refoulée fortement. En

bas son extrémité un peu rétrécie s'étend suivant la direction de l'uretère jusqu'au voisinage de la vessie. Au voisinage de la masse : le péritoine pariétal, le mésentère, le péritoine recouvrant la vessie sont par place infiltrés de sang. Comme on l'avait constaté sur le sujet vivant la suffusion sanguine s'étend sous la peau de la région lombaire gauche et de la partie gauche du scrotum.

A la coupe la tumeur se montre constituée par des couches alternantes de tissu graisseux et de sang coagulé. La graisse jaune forme avec la coagulation sanguine sombre, bleu noir, un contraste frappant. La disposition de chaque couche est assez régulière, l'épaisseur varie de 1 demi à 3 centimètres. Le rein, très anémié, complètement enclos dans la tumeur, est visiblement comprimé et est entouré de sa capsule propre intacte légèrement décollée mais sans perte de substance. Pas de sang sous la capsule propre, le rein opéré (droit) est un peu anémié, microscopiquement indemne.

OBSERVATION XVI (d'après Coenen).

(Pick).

Femme de cinquante-trois ans. Il y a huit ans, coliques hépatiques avec ictère prononcé. Deux jours avant son entrée à l'hôpital elle ressent une violente douleur dans le côté droit de l'abdomen. La douleur persiste ininterrompue et si intense que la patiente est sans force. A son entrée elle est d'une pâleur frappante et les conjonctives sont légèrement ictériques. Le côté droit de l'abdomen est un peu soulevé et présente une résistance nette au-dessous du foie. Le foie déborde l'arc costal de trois travers de doigt. La région hépatique est douloureuse et le diagnostic de cholecystite fut fait.

Opération le 19 mars. — La laparotomie par Schnitzler ne montre aucun signe d'inflammation récente des voies

biliaires. Par contre, on voit dans le mésocôlon sous la séreuse un hématome assez étendu qui s'étend à droite et en arrière sous le péritoine. On suture l'incision et on place la malade sur le côté gauche. Une incision de quatre travers de doigt sous la dernière côte, conduit dans la capsule adipeuse rénale qui contient une grosse quantité de sang modérément coagulé. L'hématome enlevé, on aperçoit le rein en apparence normal. Il était entouré de tous côtés par l'hématome. Aucune origine de l'hémorragie, pas plus qu'une lésion de la capsule propre ne fut découverte. Taponnement de la cavité. Guérison après incision d'un abcès de la paroi.

Plusieurs semaines après l'opération on trouvait dans l'urine de l'albumine et de rares cylindres hyalins. La chromato-cystoscopie montrait un retard de l'élimination de l'indigo-carmin par le rein droit. La patiente était donc atteinte de néphrite chronique avec prédominance à droite.

OBSERVATION XVII

(Seidel, de Dresde)

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui tout à coup, sans cause spéciale, souffre dans le thorax et le ventre à droite. Symptôme de péritonite. Pouls mauvais, aspect anémique. Pas de tumeur dans le côté. On pense à une péritonite biliaire ou appendiculaire. On pouvait penser à une pleuro-pneumonie.

Laparotomie. — Pas de péritonite, hémorragie dans le mésocôlon, (grosse tumeur hématique dans la cavité rétro-péritonéale au fond de laquelle on sent le rein, non hypertrophié avec sa surface intacte. Guérison.

Dans l'urine : sang et éléments de néphrite chronique.

C. NÉPHRITE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE

OBSERVATION XVIII (d'après Coenen)

(Premier cas de Lenk)

Une jeune fille de vingt ans dont l'urine était normale se plaignait depuis un an de douleurs des deux côtés de l'abdomen. Elle éprouva le 27 septembre 1904 une violente et soudaine douleur dans le côté droit de l'abdomen, avec des métroragies anormales. Anémie intense, pouls à 120 Temp. : 39 degrés, ballonnement abdominal intense et sensation de résistance, remarquablement douloureuse dans l'hypocondre et le mésogastre. Urine normale. Le diagnostic fut : abcès rétro-péritonéal d'origine appendiculaire.

Opération d'urgence le 2 octobre 1904 par Exner. — On trouva dans la cavité péritonéale et la région iléo-cæcale une collection séro-sanguinolente un peu odorante. Derrière le cæcun infiltré de sang le mésentère et l'extrémité du gros intestin, qui avait l'aspect d'un intestin étranglé, se trouvait un gros hématome qui s'étendait de la région rétro-cæcale jusqu'à la ligne médiane et en haut atteignait le foie. Cet hématome avec une masse cruorique fétide fut enlevé : on ne put découvrir l'origine de l'hémorragie, le rein droit paraissait sain. On fit un tamponnement de la grosse cavité opératoire. Mort quatre jours après l'opération avec un pouls restant rapide, une température modérée et un ictère survenu deux jours après l'opération et de plus en plus marqué.

Autopsie (Stoérk). — On trouva un hématome périrénal ancien avec hémorragie récente et en particulier un hématome de la dimension d'une tête d'enfant derrière et au-dessus du rein. Le rein était nettement comprimé par des masses hématiques anciennes et récentes entre la capsule grasseuse et la capsule fibreuse et par une couenne infiltrée de sang correspondant à la capsule propre. Le rein était

atrophie et son parenchyme avait subi une forte dégénérescence graisseuse. Le rein opposé était sain macroscopiquement : on trouva cependant dans le tissu périrénal des résidus d'anciens hématomes. Anémie générale intense. Tuméfaction splénique chronique. Catarrhe stomacal chronique.

D. NÉPHRITE TOXIQUE

OBSERVATION XIX

(Premier cas de Loeven)

Homme de dix-huit ans, entre à la clinique le 25 mars 1910. Pas d'antécédents. Il y a trois mois, vers la Noël, traumatisme sur la hanche gauche. Pas d'interruption de travail, on ne remarqua rien dans l'urine. Pas de douleurs jusqu'à il y a six semaines. Le 12 février 1910 douleurs de tête augmentant les jours suivants. Il ne peut travailler que quelques heures l'après-midi. Puis se trouvant mal il dut s'aliter avec des douleurs à la région sacrée et dans les lombes (attribuées à du rhumatisme). Après quelques semaines il vint à la consultation en souffrant pendant le trajet d'une vive douleur à la région sacrée. Ces douleurs persistèrent avec apparition de malaises et de vomissements. A plusieurs examens : sang dans les selles. Le 24 mars un changement se produisit ; en se mettant au lit, apparition de violentes douleurs dans la région sacrée et le côté gauche si intenses qu'il en criait. La morphine le calma un peu. Soif intense. Les jours suivants la douleur s'atténua un peu. Puis survinrent des phénomènes intestinaux : paroi abdominale tendue, rétention des gaz. Il rentre dans cet état à l'hôpital. Etat actuel : homme vigoureux, très anémié, poumons normaux, Temp. : 38°6. Pouls 134. Cœur : pas de bruit anormal.

Abdomen soulevé, parois abdominales un peu tendues, dépressibles cependant à droite. A gauche, au niveau du ligament de Poupard et sur toute son étendue on sent une

résistance élastique de trois travers de doigt en largeur qui s'étend en dedans et qui se perçoit jusqu'à la région lombaire. Cette zone est douloureuse à la pression et mâte à la percussion. Toucher rectal négatif. Traces d'albumine dans l'urine.

Diagnostic: Absès siégeant sur l'aile iliaque provenant d'une ostéomyélite de cet os ou d'une périnéphrite. 20 mars 1910 : opération (Loeven). Anesthésie : morphine, chloroforme, éther. Incision sur le point le plus mat, un peu en dedans de l'épine iliaque antérosupérieure gauche. Après avoir traversé les muscles on tombe non pas sur un abcès, mais sur une cavité remplie de caillots sanguins. En arrière, on sent le muscle iliaque interne. On pensa, en raison de l'observation précédemment faite, à une masse sanguine périrénale et on prolongea l'incision jusqu'à la II^e côte. De cette façon le rein gauche fut mis à nu : il est fortement augmenté de volume et complètement séparé de sa capsule fibreuse et de sa capsule graisseuse. A sa surface antérieure et à sa convexité, un peu au-dessus de son milieu, on trouve une tache assez étendue, grisâtre. A ce niveau on enleva un fragment de rein pour l'examen. L'hémorragie produite par cette excision est faible d'une façon frappante. Toute la capsule du rein est soulevée par un amas important de sang qui a franchi la capsule fibreuse. On enlève au contact immédiat du rein un coagulum de 232 grammes., mais la masse sanguine est bien plus considérable. A la surface du rein on ne trouve aucun point laissant suinter du sang. Tampon en avant, en arrière du rein avec drains. Suture de la capsule, puis des plans superficiels. Le même soir l'urine contient beaucoup d'urates, de l'albumine, des cylindres granuleux et hyalins et beaucoup de globules de sang.

28 mars. — Pas de selles, un peu de sang dans l'urine.

7 avril. — Ablation des drains et du tampon. Pas d'urine dans le pansement. Dans l'urine : albumine et cylindres hyalins et granuleux.

20 avril. — Pas d'albumine.

En février 1911 le patient reste guéri, à plusieurs analyses l'urine est trouvée normale.

L'examen histologique du fragment enlevé montre de la néphrite toxique. Les modifications de l'épithélium dans le sens de la nécrose sont prépondérantes dans les canalicules urinaires, tandis que les glomérules sont relativement sains.

E. NÉPHRITE SCARLATINEUSE

(OBSERVATION XX)

(Rafin)

X..., trente-cinq ans, cultivateur, demeurant à Dommarin, envoyé à l'Hôpital Saint-Joseph, le 23 mai 1912.

Le 3 mars 1912, son médecin, le Dr Uzel, de Cousance (Jura) diagnostiqua, par la desquamation, une scarlatine passée inaperçue jusque-là. Le 17 avril suivant, il constata de l'albumine, du rhumatisme et institua le régime lacté.

Au commencement de mai, le malade éprouve sans cause connue une douleur brusque et violente dans le côté gauche, avec état lypothimique. Cette douleur dura dix à douze heures et s'accompagna d'un vomissement bilieux. On ne constata pas de sang, ni dans l'urine, ni dans les selles.

A son entrée, le malade se plaint d'une douleur dans l'hypocondre gauche.

Miction : quatre à cinq la nuit, toutes les heures le jour. Douleurs en urinant = 0.

Urine : limpide, albumine en quantité notable. Dans le culot de la centrifugation, nombreux cylindres, globules blancs assez nombreux, et quelques globules rouges. Quantité : 1 l. 600, 1 litre, 1 l. 800, 2 litres, 2 l. 100.

Rein droit : néant.

Rein gauche : on sent à ce niveau une masse descendant jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque, et s'étend-

nant jusqu'à deux travers de doigt de la ligne médiane. Elle donne du ballottement lombo- abdominal. La palpation ne réveille pas de douleurs.

Radiographie des voies urinaires (Arcelin). Néant ; la région rénale gauche est uniformément grise sur la plaque.

Le reste du système urogénital est normal.

L'état général est très médiocre. Un peu d'œdème des pieds. Pâleur sans bouffissure du visage. La fièvre qui avait été intense a disparu presque complètement : $38^{\circ}1$, $37^{\circ}9$ le soir (rectale)

Rien à l'auscultation du cœur et du poumon, sauf submatité à la base gauche en arrière sur une hauteur de quatre travers de doigt.

Cathétérisme du rein droit (côté opposé à la lésion), on obtient de l'urine louche contenant une quantité importante d'albumine. Dans le culot : quelques globules rouges, quelques globules blancs, des cellules épithéliales et des cylindres.

La température restée normale le jour de l'exploration et les trois jours suivants, s'élève le cinquième jour à $39^{\circ}5$, la masse paraît avoir augmenté de volume. A l'auscultation, on constate de la matité aux deux bases, avec abolition des vibrations et obscurité respiratoire. L'état est décidément grave et semble commander l'intervention.

22 mai 1912. — Anesthésie au mélange de Biloith : une légère alerte oblige à la suspendre avant que l'opération soit complètement terminée.

Incision lombaire. Le tissu cellulaire sous-cutané est œdématié. La loge périrénale étant ouverte, on tombe sur une masse constituée par un énorme hématome. On enlève une grande quantité de caillots en partie fibrineux, et on aperçoit le rein appliqué contre la colonne. Drains et mèches. Pas d'hémorragie pendant l'opération.

3 Juin. — Dès le lendemain de l'opération la température est tombée, elle est actuellement normale, on constate que l'urine ne contient plus d'albumine.

12 juin. — Pas d'albumine, la température reste normale.

13 juin. — Pas d'albumine.

18 juin. — La température s'est élevée de quelques dixièmes depuis quelques jours, rien d'autre d'anormal n'était survenu quand, la nuit dernière, vingt jours après l'opération, le malade s'est réveillé baignant dans son sang. Le facies est pâle, pouls à 120. Un tamponnement superficiel pratiqué par l'interne de garde semble arrêter l'hémorragie. Caféine et sérum.

26 juin. — La température dépasse la normale de quelques dixièmes : 38°3 au maximum le soir, bon appétit, facies très pâle. La nuit dernière, nouvelle hémorragie.

Intervention. — Anesthésie à l'éther sans incident. Débridement de la poche. Evacuation de nombreux caillots à odeur infecte. Nettoyage de la loge aussi complet que possible. Cautérisation avec une mèche imbibée d'une solution de nitrate à 4 o/o.

Pendant l'opération on voit et on palpe le bord circonferenciel du rein et une partie de ses faces antérieure et postérieure sans rien constater d'anormal.

1^{er} juillet. — Pas de nouvelle hémorragie.

20 juillet. — La température atteint rarement 38 degrés le soir. Plus d'hémorragie. L'état général se remonte un peu, les lèvres sont un peu colorées, mais il y a de l'œdème des bourses et des pieds et dans l'ensemble le teint est pâle et blafard et les téguments décolorés. Appétit bon. Urine limpide, pas d'albumine.

1^{er} août. — Légère amélioration de l'état général. La plaie est en voie de cicatrisation, mais bourgeonne peu, bourgeons pâles. Urine louche, albumine de 10 à 20 centigrammes environ. Culot : quelques globules rouges, globules blancs moins nombreux que les premiers, cylindres granuleux. Exeat.

Le malade a succombé fin mars 1913, c'est-à-dire treize à quatorze mois après la scarlatine. Le Dr Uzel m'apprend que la plaie était cicatrisée quinze jours après le départ de

l'hôpital et que la mort est attribuable à la néphrite accompagnée d'œdème et, cette néphrite a évolué d'autant plus vite que sous le prétexte de prendre des forces le malade ne voulut s'astreindre à aucun régime, soit au point de vue boissons, soit au point de vue aliments.

F. NÉPHRITE AIGUE

OBSERVATION XXI

(Dickinson, *Treatise on albuminuria* Wom Woord et C^o,
1883, p. 592)

H. Dickinson trouva, lors d'une autopsie, les deux reins plongés dans une masse de sang coagulé, lequel s'était répandu au delà de leur capsule propre jusque dans le tissu cellulaire périrénal. L'épanchement hémorragique était dû à la déchirure de la capsule propre qui avait permis la production de l'hématome de source rénale. La déchirure se trouvait dans les deux reins au niveau du pôle inférieur.

SÉRIE 8

Hématomes liés à une lésion cavitaire du rein.

OBSERVATION XXII (d'après Coenen).

(Joseph)

Homme de cinquante ans, très goutteux Un an auparavant, crise de pérityphlite. Le 1^{er} décembre 1906, brusquement, violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen suivies d'un colapsus profond, avec anurie, arrêt des selles et gaz, météorisme abdominal. Dans la région lombaire droite, on percevait une résistance douloureuse. Tandis que douze heures après, la sécrétion urinaire se rétablit avec de l'albuminurie transitoire, le météorisme abdominal

augmenta. Le troisième jour, on constata de la suffusion sanguine dans la région rénale droite. La résistance de cette région augmenta et, malgré un météorisme important, on put la constater jusqu'au milieu de l'abdomen. Température le soir 38°4, pouls 120.

Au dixième jour, la résistance de la région rénale s'étendait à l'arc costal, à l'ombilic, la ligne axillaire postérieure et ne pouvait se distinguer du foie. Le rein droit n'était pas perceptible. Toute cette zone était douloureuse. Les mictions étaient fréquentes et impérieuses. L'urine : acide, limpide, sans albumine. Le diagnostic hésite entre : abcès paranéphrétique, hydronéphrose aiguë et collection rétro-péritonéale d'origine pérityphlite, ce dernier étant plus vraisemblable en raison de la crise douloureuse de l'année précédente.

Opération le 12 décembre 1906. — Coenen, après avoir pratiqué l'incision de Bergman, trouva une masse épaisse de sang noir qui entourait le rein droit et transformait la capsule adipeuse en un tissu épais, infiltré de sang, qu'il extirpa en fragments séparés, de la surface du rein jusqu'à son hile. Après extirpation de cette masse cruorique d'odeur urineuse, le rein se présenta d'apparence normale. Tamponnement de la plaie.

La température s'abaissa, puis crise de goutte articulaire, pleuro-pneumonie du lobe inférieur du poumon droit, en même temps, température vespérale atteignant 40 degrés avec rémission le matin, pendant cinq à six semaines, ce qui fit penser à un foyer purulent caché, lequel ne fut jamais trouvé. Par contre, on trouva dans le rein, mis à nu, une cavité de la dimension d'une noix de galle remplie de liquide sanglant, qui contenait beaucoup de globules de pus. Cette cavité fut tamponnée. Le soir, le pansement fut souillé d'urine et l'urine émise contenait du sang. Peu à peu, le tableau morbide devint celui d'une septicémie. Comme le rein droit paraissait la cause de cet état, on l'extirpa dans une deuxième opération le 22 janvier 1907,

ce qui ne fut possible qu'au prix d'une forte hémorragie et par la section du pédicule dans le bassin, en raison des fortes adhérences du hile.

Le jour suivant, mort par collapsus ; jusqu'à l'approche de la mort, la sécrétion urinaire fut abondante, atteignant chaque jour 7 à 8 litres, le malade absorbant beaucoup de liquide.

Le rein extirpé montre, dans sa partie supérieure, la cavité hémorragique signalée et, en outre, de nombreux abcès de la dimension d'un grain de lin à un pois. L'examen microscopique montra une néphrite suppurée et de nombreux amas de cocci dans les vaisseaux corticaux. On ne constata pas d'athérome des vaisseaux rénaux. L'examen microscopique d'un fragment de la capsule fit constater une infiltration sanglante de la capsule graisseuse avec un début d'organisation. Le rein gauche, sain, microscopiquement. Rate tuméfiée, aspect infectieux, rien par ailleurs.

OBSERVATION XXIII (d'après Coenen).

(Doll., 11)

Un homme de quarante et un ans artério-scléreux, qui avait contracté, vingt ans auparavant, une syphilis grave, suivie d'accidents secondaires et tertiaires étendues, et qui avait une neurorétinite albuminurique par néphrite chronique. Quatorze ans, avant, il avait eu un abcès paranéphrétique gauche, suivi d'une infection ascendante d'origine blennorrhagique qui guérit par irruption dans l'intestin. Le 21 mai 1907, légère atteinte cérébrale avec parésie du bras et de la jambe droites. Le 30 du même mois, le malade se plaignit subitement d'une vive douleur dans l'abdomen d'abord diffuse, puis plus localisée au côté gauche. De pareilles attaques douloureuses, brusques et sans cause appréciable et d'intensité croissante, survinrent en vingt-quatre heures. A la suite l'hypocondre gauche et le côté gauche de l'abdomen devinrent douloureux à la palpation. Deux jours

après la première crise douloureuse, on perçut dans la région rénale gauche une résistance qui, en deux jours, devint une tumeur volumineuse, lisse, résistante, très douloureuse à la pression, non mobilisable par la respiration. En même temps, aggravation de l'état général et faiblesse; pouls petit : 120 à 140. Décoloration des muqueuses et de la peau, et formation d'un épanchement pleural gauche. Le 4 juin apparaît une voussure légèrement bleuâtre, de la dimension de la main, avec œdème pâteux dans la région lombaire gauche. Le 4 et le 5, le ventre est fortement météorisé, de telle sorte que la tumeur se distingue moins nettement. Le 4 et le 5, nouvelle crise douloureuse. L'après-midi du 5, Cheyne-Stokes, pouls, filiforme et mort.

Autopsie. — Pleurite et pneumonie du lobe inférieur gauche pulmonaire. Cœur gros avec dilation du ventricule gauche. Aorte athéromateuse, abdomen : le gros intestin et le grêle sont fortement météorisés. Péritoine : lisse en miroir. A gauche, entre le côlon descendant et la paroi un caillot sanguin de l'étendue de deux fois la paume de la main, de la forme d'un gâteau plat. Le mésentère et le péritoine pariétal sont infiltrés de sang en plusieurs points. Le foie est bossué, dur, cirrhotique.

Le rein droit est gros, mou, la capsule adhérente par place. Sur sa surface, on remarque des dépressions cicatricielles : à la coupe, il est remarquablement pâle et tâcheté de blanc. Dans le côté gauche de l'abdomen, derrière l'estomac, le côlon transverse et descendant, en arrière du péritoine, se trouve une tumeur volumineuse, bleu noir à surface lisse, rénitente. Elle s'étend en haut jusqu'à la coupole diaphragmatique gauche, refoulée et saillante en son milieu et, vers la droite, jusqu'à un et deux doigts de la ligne médiane, remplissant toute la région lombaire et s'étendant en bas jusqu'au côté gauche de la vessie. Sa forme est celle d'une miche de pain, grosse et longue. A la coupe, elle est constituée par une couche extérieure d'épaisseur variable, exclusivement formée de caillots sanguins. Puis, comme

enfermé dans une poche, le noyau de la tumeur, formé d'un mélange de sang coagulé et de graisse en couches alternantes. L'aspect est très spécial et varié suivant la masse cruorique ou grasseuse : en maints endroits, domine le sang noir formé parmi des îlots de graisse ; en d'autres, c'est le tissu grasseux qui ne présente que des filons sanguins de quelques millimètres d'épaisseur, ce qui rappelle un bloc de marbre avec ses veines.

Au milieu de cette masse de graisse et de sang se trouve le rein : petit, mou, pâle, avec sa capsule propre qui se détache sans perdre de substance. Sous la capsule propre, aucun épanchement, mais par contre, on trouve au pôle supérieur une longue déchirure de la capsule propre de forme irrégulière, de 1 centimètre de long, intéressant la surface rénale. Cette déchirure conduit dans une cavité irrégulièrement découpée de la dimension d'une cerise, qui dans la profondeur atteint la substance médulaire. Cette petite cavité est remplie de caillots sanguins adhérents.

Comme étiologie de cette hémorragie, on peut admettre avec vraisemblance une lésion athéromateuse d'une petite artère se dirigeant de la substance corticale vers la capsule propre. Le sang avait infiltré et creusé la substance rénale qui s'était nécrosée, puis rompu la capsule propre et s'était répandu dans le tissu grasseux.

L'examen microscopique d'un fragment de la masse adipo-sanguinolente confirma les constatations macroscopiques montrant une infiltration étendue du tissu grasseux par le sang.

OBSERVATION XIV

(Fowler, résumé de son observation)

Femme, cinquante ans, corpulente, examinée le 19 septembre 1909. Il y a dix ans, violentes douleurs dans la région lombaire gauche, pendant quatre jours, avec hématurie abondante, avec un frisson et fièvre. Il y a trois

jours, trois crises de vomissements : actuellement, douleurs et tuméfaction lombaire gauche, tendue.

Elle a eu du paludisme sévère, il y a vingt-cinq ans. Nouvelles atteintes à trois reprises ; il y a vingt ans, quinze ans et six ans.

A l'examen : tumeur de la région lombaire gauche du volume d'une voix de coco visible à l'inspection. Temp. : 98 F. Pouls : 104. Resp. : 24. A l'examen microscopique d'urine : nombreuses hématies, trace d'albumine. Radiographie négative. Diagnostic : hydronéphrose avec calcul.

Opération. — Sitôt le fascia transverse ouvert, issue de sang. Dans l'atmosphère adipeuse, deux pleines mains de caillots que l'on enleva. Le rein saigne. On saisit le pédicule avec la main et on constate une déchirure de la capsule et, dans cette déchirure, un caillot coiffant le rein. Néphrectomie à cause de l'hémorragie. Il persiste un suintement sanguin qui nécessite un tamponnement. Guérison rapide. Le rein enlevé montre la déchirure de la capsule, signalée. Sous la capsule, un caillot qui la décolle au niveau de la convexité du rein, démontre bien que le sang venait du rein. Dans la substance corticale, se trouve une cavité de la grosseur d'un œuf remplie d'un caillot frais. Quelques petits caillots dans le bassin.

Examen microscopique (D^r A. Holzmänn). — Un fragment du rein, pris au pôle supérieur au-dessus du caillot, ne montre aucun changement de structure. Au niveau du caillot, la substance rénale est altérée, et présente de la nécrose moléculaire due à la compression. A ce niveau, les tubuli sont remplis de sang et distendus, d'autres sont aplatis, plus loin le tissu est normal, sauf que les tubuli sont gorgés de sang. Pas de cellule géante, pas de sclérose.

OBSERVATION XXV (d'après Lippens).

(Leclerc-Dandoy, *Journal médical de Bruxelles*, t. XIV, n° 23)

Homme de soixante et un ans, sanguin, sans antécé-

dents, présentant les symptômes classiques de l'artériosclérose. La nuit, il est brusquement réveillé par une douleur violente à l'hypocondre gauche et, en même temps, il note l'apparition d'une tumeur bientôt volumineuse : urine, albumine, cylindres hyalins et granuleux.

Diagnostic. — Hydronéphrose partielle ou tumeur kystique de la rate.

Opération. — Néphrectomie lombaire après laparotomie exploratrice. Mort au deuxième jour par hématomène.

Le rein a son volume normal, la surface est parsemée de petites élevures ; résultat d'hémorragies anciennes. Au bord externe, on constate une vaste déchirure de 3 centimètres de long, par laquelle on pénètre dans le rein, ou plutôt dans une poche à paroi lisse, montrant que l'hémorragie s'est produite antérieurement, déterminant un hématome, dont la paroi s'est organisée.

Examen microscopique. — Artériosclérose avancée. Néphrite chronique. Travées partant de la capsule extérieure dans le rein. Paroi : tissu fibreux organisé, vers la cavité la capsule est tapissée de fibrine. L'enveloppe normale du rein est soulevée par un hématome important. La surface lisse présente de petites élevures blanchâtres formées par un amas de fibrine accumulée entre la substance glomérulaire et l'enveloppe conjonctive normale. A ce niveau, la substance glomérulaire est malade, et présente des lésions importantes d'inflammation chronique avec sclérose.

OBSERVATION XXVI

(Armstrong, *The american Journal of the medical Sciences*, volume XC, année 1885 ; article XVII, page 153 : « An aneurysm of an arteria interlobularis »)

Homme, âgé de cinquante ans, admis à son hôpital le 20 mai 1879.

Diagnostic. — Pleurésie et tumeur au niveau du rein droit. Mort le même jour.

Autopsie (Armstrong). — Lésions de pleurésie avec des lésions viscérales nombreuses, indiquant nettement l'intoxication alcoolique du sujet.

Rein gauche : néphrite chronique.

Rein droit : nettement augmenté de volume avec capsule adhérente au péritoine et à l'intestin (à ce niveau, signes de péritonite circonscrite). Cette tuméfaction était due à un caillot pesant 30 onces, qui se trouvait sous la capsule et qui coiffait le rein. Cette capsule rénale était crevée, et le sang s'était épanché dans la cavité abdominale par cette déchirure.

Ce sang remplissait le fond de la cavité abdominale. Il y avait là environ 300 centimètres cubes de sang, non coagulé, recouvert d'un gros caillot qui soulevait le foie.

Sur le bord externe du rein tout contre les tubuli, on trouva une petite cavité d'environ 1 millimètre de diamètre, comblée d'un caillot sanguin frais. C'était de là que partait l'hémorragie.

Armstrong en déduit que cette cavité n'est autre chose qu'un anévrisme rompu.

SÉRIE 9

Hématome pseudokystique.

OBSERVATION XXVII

(Malherbe, *Annales des Maladies des organes génitaux-urinaires*, 1890, p. 268, résumée)

B..., P., vingt-huit ans, entre à l'hôpital en août 1889 pour une tumeur volumineuse du flanc gauche, qui a été ponctionnée plusieurs fois. Depuis l'âge de quatorze ans, sujet à des coliques violentes prises pour des coliques néphrétiques. Il y a dix ans, abondantes hématuries. On n'a jamais observé de sable dans les urines. Le 15 janvier dernier, sans trauma, violents points de côté avec forte

fièvre et frisson, et tuméfaction du ventre à gauche. Une ponction, pratiquée le 3 mars, retira 3 litres d'un liquide séro-sanguinolent. Plusieurs ponctions furent pratiquées par la suite. A l'entrée, on constate que l'hypocondre et le flanc gauche sont occupés par une vaste tumeur nettement fluctuante, non adhérente à la paroi, fixée en haut et en arrière, et ne se déplaçant pas lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté droit. On fit plusieurs ponctions, retirant 3 à 4 litres chaque fois. •

16 avril, opération (Patoureau). — Ablation après évacuation de liquide citrin sans odeur d'une poche extrêmement mince, adhérente, dans laquelle se trouve le rein qui fait saillie comme le testicule dans une tunique vaginale atteinte d'hydrocèle. Le rein supposé malade est enlevé. Guérison. Examen de la pièce. La poche s'insère sur le bord du hile. Elle ne communique pas avec le bassin. Du hile, elle se réfléchit pour tapisser le rein à la manière d'une séreuse. Elle ne diffère de la capsule normale que par son aspect plus lisse. Sur le feuillet pariétal, saillie violacée plus ou moins pédiculée, dont les plus volumineuses sont presque aussi volumineuses que le bout du petit doigt. Elles sont le résultat d'hémorragie interstitielle, et les petits corps sont des caillots. A l'extérieur de la poche, paquet graisseux qui représente l'atmosphère adipeuse.

A la coupe, le rein paraît un peu altéré. Examen histologique de la paroi : la poche est constituée par huit à dix couches, faisceaux conjonctifs, denses, séparés par des assises de cellules. L'imprégnation au nitrate d'argent n'a pas révélé de cellules de revêtement en dedans. En dehors de la poche : stratification de tissus conjonctifs, denses, à faisceaux parallèles, puis en tissu fibreux, plus large, fort riche en vaisseaux. Le hile du rein présente des lésions de sclérose et de dégénérescence cellulaire, due probablement à la compression de cet organe par le kyste. A la périphérie, on trouve une zone fibreuse représentant un épaississement de la capsule.

Le liquide du kyste, sans odeur urinaire, avait la composition suivante: albumine 0,250, urée 0,196, chlorure sodium 0,385, sulfates carbonates, 0,068, non dosé 0,012. eau 9,189.

SÉRIE 10

Hématome sans découverte de lésion avec deux hypothyèses ou hémophilie due à une diathèse scarlatineuse ou à hémorragie des capsules surrénales non vérifiée.

OBSERVATION XXVIII

(W. Hering¹)

Garçon de sept ans. Convalescent de scarlatine, sans lésions rénales.

Le 28 août après-midi. — Douleurs autour de l'ombilic avec apparition d'un gonflement du testicule gauche. Les jours suivants, légères douleurs dans le canal inguinal gauche. Temp. : 38 degrés.

Hering le voit le 30 août. Pâleur prononcée de la face, dyspnée, pouls filiforme 150, état subfébrile; tension de la paroi abdominale; cordon gauche légèrement tuméfié et douloureux à la pression, vomissements, constipation, arrêt des gaz. On pensa à une péritonite due à un étranglement épiploïque.

Anesthésie Bilroth, incision parallèle au ligament de Poupart à gauche, prolongée vers l'anneau.

Mise à nu du testicule qui est infiltré de sang. Laparotomie pour vérifier un ilcus. Dans le péritoine on trouve de l'exsudat séro-fibrineux sanguinolent et des dépôts fibrineux sur son feuillet pariétal. Pas d'obstruction. Mais la partie pariétale gauche tout en avant du rein gauche fait une forte saillie et a une teinte bleuâtre.

¹ Perirenales Hämatom nach Scharlach (*Deut. med. Woch.*, 2 janvier 1913, p. 24).

Ponction de la masse. On retire du sang rouge sombre. On croit à une apoplexie de la couche périnéphrétique, on ferme le péritoine et on place le malade du côté droit. On pratique l'incision de Bergman. Les couches musculaires profondes sont par place, infiltrées de sang de même que la cavité rétropéritonéale et la cavité adipeuse du rein. Le pôle inférieur du rein mobile est normal. Drainage.

Urine : ni sang, ni albumine.

Mort trois jours après l'opération avec phénomènes de péritonite.

Autopsie partielle. — Péritonite purulente, fétide, appendice normale. Rate grosse et molle. Reins : substance-médullaire un peu hypertrophiée à part cela normaux. Pas de pyélite, légère hyperémie de la muqueuse du bassinet droit.

A l'examen microscopique : reins normaux. S'est-il produit une hémorragie dans la capsule surrénale gauche, comme cela a été observé dans les maladies infectieuses ou bien y a-t-il eu une hémorragie des capillaires de l'atmosphère graisseuse à la suite d'une diathèse (hémorragie post-scarlatineuse) ?

SÉRIE 11

Hématomes par lésions des capsules surrénales.

OBSERVATION XXIX

(Pritchard, in *the Lancet*, 1890, vol. I, p. 750)

C... S., vieille femme démente de soixante-seize ans, rentre à l'hôpital en avril 1889. Faiblesse générale. Le diagnostic d'entrée fut : bronchite chronique avec cœur irrégulier.

Elle se plaint aussi de crises d'asthme et de douleurs. On ne trouve rien sauf de la constipation.

En février 1890, elle eut brusquement de violentes dou-

leurs abdominales. Vomissements et collapsus ; extrémités froides, facies livide et grippé.

A l'exploration de l'abdomen on ne trouve aucune hernie. Anurie pendant vingt-quatre heures, puis apparition d'une petite quantité d'urine, claire, n'offrant rien de particulier.

Le shock continua avec vomissements de plus en plus fréquent. Elle se plaignait d'une douleur abdominale avec localisation maxima déplacée d'un moment à l'autre : l'une des deux régions des hypocondres, en arrière de la région lombaire. Lavage d'estomac et ingestion d'opium.

Le shock cessa le troisième jour, mais le ventre reste ballonné et l'état général très faible.

Une injection intrarectale de glycérine n'eut aucun effet. Température subnormale.

Pneumonie et mort le 5 février.

Autopsie. — Gros cœur graisseux sans lésions valvulaires.

Poumons : traces de la pneumonie.

En soulevant les intestins, on tomba sur un gros épanchement sanguin filtrant à travers le péritoine et noyant le rein droit. Exactement cet hématome s'étendait jusqu'à l'autre rein. Les reins purent être facilement examinés et l'on put se rendre compte que la source de l'hémorragie siégeait au niveau de la capsule surrénale droite qui coiffait le rein jusqu'aux deux tiers de sa hauteur.

La capsule portait une déchirure du côté libre et le sang s'était épanché tout autour du rein. Cette hémorragie avait pris naissance au niveau de la matière médullaire de la capsule.

Le rein fut trouvé normal.

Du côté gauche on trouva le même tableau.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand on lit les travaux publiés sur les hématomas¹ périnéphrétiques non traumatiques, on retire l'impression qu'il s'agit d'une affection qui joint à son allure foudroyante une origine assez imprécise pour que l'on ait pu les qualifier de « spontanés ».

C'est pourquoi notre premier soin a été de rechercher dans quelle mesure cette affection soi-disant protopathique pouvait être rattachée à une lésion rénale antérieure ou à une affection générale de l'organisme.

La lecture de nos observations nous a démontré que dans le plus grand nombre de cas, l'hématome pouvait être rattaché à une lésion antérieure des reins.

Pour rendre plus claire cette notion que nous utiliserons au point de vue de la pathogénie, nous avons classé nos observations en séries, suivant la lésion générale ou locale à laquelle pouvait être due avec quelque vraisemblance la production de l'hématome.

Première série. — Observations dans lesquelles il n'y a aucune lésion susceptible de donner naissance à l'hémorragie.

Obs. I, de Hildebrand. L'auteur admet que l'hématome a été produit par la déchirure d'un gros vaisseau et peut être par une artère rénale anévrismatique qui se serait rompue. Mais l'observation telle qu'elle est rapportée par Coenen ne donne aucun appui à cette hypothèse.

Il nous semble cependant que cette hypothèse est à prendre en considération ne serait-ce que pour nous avertir sur la possibilité de pareille pathogénie. Car l'existence d'anévrismes au niveau de l'artère rénale ou de ses branches, sans aucun antécédent traumatique est prouvé par les observations rapportées par Morris dans le *Lancet*¹. Il y a là six cas dont nous en retenons un celui de Armstrong, classé par nous parmi les lésions cavitaires et qui est le seul probant. Les autres sont des trouvailles d'autopsie qui permirent de constater des anévrismes développés dans les parois des artères rénales et communiquant avec la lumière du vaisseau par un petit pertuis. Tout à côté de ces anévrismes communicants, il fut trouvé d'autres dilatations vasculaires dans les mêmes parois, mais sans aucune communication avec la lumière du vaisseau.

Enfin, Morris cite un cas dans lequel la symptomatologie ressemble à celle de notre affection et où l'on trouva à l'intervention une poche constituée, de faux anévrisme dans laquelle s'ouvrait à plein canal une des branches de l'artère rénale.

Il est évident que ces anévrismes peuvent se rompre

¹ *The Lancet*, année 1900, 6 octobre, p. 1006.

à un moment donné sans traumatisme, attirant du moins l'attention du sujet.

D'autre part, sur les artères qui entourent le rein peuvent exister des anévrismes vrais développés à la suite d'une éraflure de leur paroi. Cet anévrisme peut se développer sans attirer aucunement l'attention du malade ou du médecin et se rompre un beau jour soit par suite d'un faux mouvement, soit encore par formation d'un de ces abcès périvanévrismatiques qui ont été constatés. Comme nous le disait dans une de ses leçons M. le professeur Leriche, il faut s'attendre après cette guerre à se trouver plus tard en présence de nombreux cas d'anévrismes développés insidieusement.

Deuxième série. — Observations dans lesquelles l'hémorragie est due à l'hémophilie.

Obs. II, Coenen. Il n'est signalé dans les antécédents du sujet qu'une hémorragie nasale deux ans avant les accidents qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital. De plus, la traversée des muscles par l'incision de Bergmann, s'accompagna d'une hémorragie plus abondante qu'à l'ordinaire. On ne constata pendant l'opération aucun hématome et comme le rein était un peu mobile, on pratiqua une néphropexie. Celle-ci fut suivie d'une hémorragie qui entraîna la mort.

A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen : un hématome ancien, une hémorragie récente post-opératoire, une hémorragie ancienne du carré des lombes et une hémorragie pelvienne.

L'auteur admet qu'il s'agit d'un cas d'hémophilie, ce qui reste cependant douteux.

Obs. III, de Rickert. Elle a trait à un enfant chez lequel on ne signale aucun antécédent hémophilique. On trouva à l'autopsie la paroi abdominale infiltrée de sang, une légère infiltration sanguine de la capsule graisseuse gauche et une infiltration plus considérable de la capsule graisseuse droite, s'étendant le long de l'uretère jusqu'à son entrée dans le bassin.

Obs. IV, Loeven. Douteuse dans les deux cas précédents, cette pathogénie paraît indiscutable dans l'observation de Loeven.

Le grand-père du sujet est mort d'hémorragie, un frère est mort d'hémorragie externe dont la cause ni le siège ne sont indiqués; un autre est mort d'hémorragie pulmonaire. Lui-même a déjà eu des hémorragies articulaires.

Citons encore ici l'observation de Hering XXVIII, dans laquelle l'auteur pense à une hémophilie.

Troisième série. — Observation dans laquelle l'hémorragie est liée à la mobilité rénale.

Obs. V, Cathelin. L'hémorragie sous-capsulaire s'était produite dans un rein présentant un développement très marqué. Le rein est tombé dans la fosse iliaque. C'est l'observation II de la communication de Cathelin au *Congrès de l'Association française d'Urologie* (1911).

Quatrième série. — Observations dans lesquelles l'hémorragie est liée à une hydronéphrose.

Obs. VI. Lenk. La sonde urétérale avait donné issue à 250 centimètres cubes d'urine pâle et sur le rein enlevé on trouva le bassinnet dilaté, bombé avec des parois dures.

Obs. VII. C'est l'observation III du mémoire cité ci-dessus de Cathelin. Cathelin considère le rein comme appartenant aux hydronéphroses naines qu'il a décrites. L'hydronéphrose était infectée.

Obs. VIII, Ritter. Rein hydronéphrosé: Le bassinnet était fortement dilaté et rempli de sang et il existait une coudure de l'uretère.

Obs. IX. Cette observation d'Azzurini se rapporte à une femme opérée deux ans auparavant par hystérectomie avec ovaro-salpingectomie pour un épithélioma utérin. On trouva des ganglions dégénérés et une hydronéphrose surtout à droite c'est-à-dire du côté de l'hématome. Cette observation doit donc figurer dans la série des hématomes avec hydronéphrose : l'hydronéphrose reconnaissant pour cause une dégénérescence utérine avec coalescence ganglionnaire et compression de l'uretère par ces ganglions ce qui a été fréquemment observé par le Dr Rafin.

Cinquième série. — Observations dans lesquelles l'hémorragie est liée à la lithiase.

Obs. X, Loeven. Le rein contient plusieurs concrétions qui atteignent jusqu'à la dimension d'une noisette. Dans l'uretère un calcul qui est presque de la dimension d'une noisette et une petite quantité de concrétions de la dimension d'un grain d'avoine.

Il y aurait encore à citer ici le cas de Schmoll que nous n'avons pu nous procurer.

Sixième série. — Observations dans lesquelles l'hémorragie est liée à la tuberculose rénale.

Obs. XI, XII, de Cathelin. Ce sont les observations I et IV de son mémoire. Dans les deux cas, le rein présentait des lésions caverneuses.

Septième série. — Observations dans lesquelles l'hémorragie est liée à de la néphrite classée sous diverses rubriques.

a) *Néphrite interstitielle.*

Obs. XIII, Bozy. Le rein ne présentait qu'un léger degré de néphrite interstitielle.

Obs. XIV, Kock. Le rein présentait des lésions de néphrite interstitielle avec des glomérules atteints en totalité ou en partie de dégénérescence hyaline.

b) *Néphrite chronique.*

Obs. XV, Doll. Sujet nettement artério-scléreux, hypertrophie du cœur avec néphrite chronique. L'observation rapportée par Coenen ne mentionne pas d'examen microscopique du rein.

Obs. XVI, Pick. Plusieurs années après l'opération on trouvait dans l'urine de l'albumine et de rares cylindres hyalins. La chromatocystoscopie montrait un retard de l'élimination de l'indigo-carmin par le rein droit.

La patiente était donc, conclut l'auteur, atteinte de néphrite chronique avec prédominance du côté de l'hématome.

Obs. XVII, Seidel. L'auteur se borne à dire que l'on trouva dans l'urine du sang et des éléments de la néphrite chronique.

c) *Néphrite avec dégénérescence graisseuse.*

Obs. XVIII, Lenk. Je lis dans l'observation : « Le rein était atrophié et avait subi une forte dégénérescence graisseuse. »

d) *Néphrite toxique.*

Obs. XIX, Lœven. L'examen histologique d'un fragment au cours de l'opération montra de la néphrite toxique.

Les modifications de l'épithélium dans le sens de la nécrose sont prépondérantes dans les canalicules urinaires, tandis que les glomérules sont relativement sains.

e) *Néphrite scarlatineuse.*

Obs. XX, Rafin. La scarlatine passée inaperçue fut diagnostiquée secondairement par le médecin du malade le Dr Ugel (de Cousance). Albuminurie notable, cylindres.

Le rein droit opposé à l'hématome donnait de l'urine contenant une quantité notable d'albumine et des cylindres. Le rein du côté malade ne fut pas sondé.

Il est cependant remarquable que pendant le cours du traitement à l'hôpital après l'opération, l'urine ne présentait pas constamment de l'albumine.

Hering a publié une observation d'hématome survenu comme le précédent pendant une convalescence de scarlatine. Les reins furent trouvés normaux. L'urine ne contenait ni sang ni albu-

mine. Cet auteur pense à une lésion des capsules surrénales.

Je reviendrai sur ce cas.

f) *Néphrite aiguë.*

Obs. XXI, Dickinson, Nous ne possédons de cette observation parue dans *The Treatise on Albuminuria*, que le résultat de l'autopsie rapporté par Fowler dans son article et qui ajoute que les reins présentaient des signes de néphrite aiguë.

Huitième série. — Observations dans lesquelles on trouva une lésion « cavitaire » du rein.

J'ai adopté l'expression de lésion « cavitaire » du rein parce qu'elle indique simplement que le rein présentait une perte de substance, sans préjuger la nature de la lésion.

Je possède quatre observations de ce genre avec examen du rein, enlevé chirurgicalement ou à l'autopsie.

Obs. XXII, Joseph. Il est utile pour l'interprétation de deux ordres de lésions qui s'y trouvent décrits, en présence d'une cavité et l'existence d'une néphrite suppurée de tenir compte de l'évolution clinique de la maladie.

Le sujet fut opéré pour un hématome : la capsule adipeuse transformée en un tissu lardacé, infiltré de sang, fut enlevée par fragments. Elle avait une odeur urineuse. Puis le malade eut de la fièvre, des symptômes infectieux qui firent penser à un foyer purulent. Dans une deuxième intervention pratiquée plusieurs

semaines après, on trouva sur le rein mis à nu une cavité de la dimension d'une noix de galle, remplie de liquide sanglant contenant de nombreux globules de pus et comme cette deuxième intervention n'amena pas d'amélioration, le sujet étant devenu septicémique, on enleva le rein.

La cavité résultait-elle d'un infarctus injecté, ou bien s'agit-il d'un foyer purulent d'un volume plus considérable que ceux qui se trouvaient en d'autres points du rein ? Il est difficile de le dire, cette cavité ne fut pas constatée lors de la première intervention, le rein présentait un aspect normal, Il faudrait donc admettre que cette cavité formée ultérieurement n'était autre qu'un abcès. Toutefois l'aspect analogue signalé dans les deux observations suivantes, laisse subsister un doute et je suis porté à croire que la cavité s'était infectée secondairement.

Obs. XXIII, Doll. Ici le sujet est nettement un néphritique. Il a eu de la neuro-rétinite albuminurique. Mais quatorze ans avant la production de l'hématome, il a eu un abcès paranéphrétique à gauche, c'est-à-dire du même côté, qui fut, ultérieurement, le siège de l'hémorragie.

Le sujet ayant succombé sans intervention, on trouva au pôle supérieur du rein une longue déchirure de la capsule propre. Sous cette capsule il n'y avait aucun épanchement. Mais au niveau de la déchirure, on constata une cavité irrégulièrement découpée de la dimension d'une cerise qui du côté de la profondeur atteignait la substance médullaire. Cette petite cavité était remplie de caillots sanguins

adhérents. On peut admettre, dit l'auteur, avec vraisemblance, que l'étiologie de l'hémorragie était une lésion athéromatueuse d'une petite artère se dirigeant, de la substance corticale vers la capsule propre. Nous n'admettons que peu volontiers une lésion unique d'un artère de la substance corticale.

Obs. XXIV, Fowler. Le rein enlevé, montre la déchirure de la capsule, déchirure constatée pendant l'opération. Sous la capsule un caillot qui la décolle, ce qui montre bien que le sang venait du rein. Dans la substance corticale se trouve une cavité de la grosseur d'un œuf remplie d'un caillot frais avec quelques petits caillots dans le bassinnet. L'examen microscopique d'un fragment éloigné de la cavité montra une structure normale, mais au voisinage du foyer on constata de la nécrose moléculaire. Les tubulis sont gorgés de sang. Pas de cellules géantes. Pas de sclérose.

Cette dernière observation éclaire bien la précédente et démontre que les hématomes rénaux, peuvent reconnaître une lésion vasculaire du tissu rénal : l'hémorragie se crée une cavité dans ce tissu sans doute altéré, le sang peut décoller la capsule, la rompre et se répandre dans les tissus avoisinants.

Obs. XXV, Leclerc-Dandoy. Cette observation est rapportée brièvement par Lippens. Le sujet est artérioscléreux et à l'examen du rein on trouve de la néphrite chronique. Au bord externe du rein, on constate une vaste déchirure de 3 centimètres de long par laquelle on pénètre dans une poche à paroi lisse, montrant qu'une hémorragie s'est produite antérieure-

ment, déterminant un hématome dont la paroi s'est organisée.

Obs. XXVI, Armstrong. C'est l'observation d'un homme mort avec le diagnostic : pleurésie et tumeur au niveau du rein droit. A l'autopsie, on trouve des lésions de néphrite chronique au niveau du rein gauche. Le rein droit est augmenté de volume. Sous la capsule propre on trouve un caillot pesant 30 onces, déchirure au niveau de la capsule ayant permis l'envahissement de l'abdomen par l'hémorragie. Il y avait environ 300 centimètres cubes de sang non coagulé.

Armstrong émet l'hypothèse qu'il a affaire à un anévrisme du rein attendu que sur le bord externe du rein il trouva une petite cavité d'environ 1 millimètre de diamètre, source de l'hémorragie. Comme cette hypothèse ne nous semble pas certaine, nous classerons cette observation dans la série des hématomes cavitaires.

La distinction entre les hémates sous- et extracapsulaires n'est donc pas fondamentale, comme certains auteurs paraissent le croire. Remarquons enfin, que la présence de ces lésions cavitaires n'exclut pas celle de lésions histologiques du rein.

De l'énumération que nous venons de faire, il résulte qu'en dehors de un ou deux cas, la presque unanimité, de nos observations démontre la coexistence d'une lésion rénale avec l'hématome.

Neuvième série. — Hématome pseudo-kystique.

Obs. XXVII, Malherbe. C'est l'observation d'une poche fibreuse extirpée après avoir été ponctionnée plusieurs fois; on a retiré un liquide citrin sans odeur. Le rein paraît d'après l'auteur un peu altéré. Le hile du rein présente des lésions de sclérose et de dégénérescence cellulaire due probablement dit l'auteur à la compression de cet organe par le kyste.

Dixième série. — Hématome sans lésion anatomique nette avec hypothèse d'hémorragie venant des capsules surrénales.

Obs. XXVIII, Hering. Le sujet un garçon de sept ans, était convalescent de scarlatine, mais sans lésion rénale, l'urine ne présentait ni sang, ni albumine.

S'agit-il, se demande l'auteur, d'une hémorragie de la capsule surrénale? En fait, rien dans l'observation ne donne une valeur pragmatique à cette hypothèse, puisque ni pendant l'opération, ni à l'autopsie on ne peut trouver l'origine de l'hémorragie.

A ce propos, j'ai parcouru le livre si documenté de Lucien et Parisot sur les « glandes surrénales et organes chromaffines ». Après avoir décrit avec leur minutie habituelle les hémorragies des glandes surrénales les auteurs disent (page 275) : « L'évolution des hémorragies capsulaires est variable : dans le cas d'hématome considérable, l'enveloppe de la capsule distendue peut se rompre, le sang faisant alors irruption dans le tissu cellulaire rétropéritonéal et à l'intérieur même de la cavité abdominale. » A des faits de ce genre, se rapportent les observations de Pritchard et de Roger.

C'est là un nouveau chapitre de l'étiologie des hématomas périnéphrétiques.

Dans la série XI nous rapporterons deux observations d'hématomes périnéphrétiques avec source dans les capsules surrénales.

Onzième série. — Hématome par lésions hémorragiques des capsules surrénales.

Obs. XXIX, Pritchard. C'est une femme de soixante-seize ans, morte dans le collapsus après anurie et violentes douleurs abdominales avec faciès grippé et vomissements. Constipation rebelle. A l'autopsie, on tomba sur un gros épanchement sanguin diffus, soulevant les intestins et noyant le rein droit, en atteignant le bord interne de l'autre rein. On constata que l'hémorragie provenait de la capsule surrénale droite, qui portait une déchirure sur sa face externe.

Parmi les lésions rénales observées, il en est une variété, celle qui constitue la série 8 et qui correspond à ce que nous avons appelé les lésions cavitaires. Cette dénomination n'a d'autre prétention que de traduire l'aspect macroscopique de la lésion.

Mais de quelle nature est cette lésion ? Faut-il, avec Doll (obs. XXII), admettre qu'il y a eu d'abord une lésion atéromateuse d'une petite artère se dirigeant de la capsule corticale vers la capsule propre ? Cette artère rompue, le sang a creusé la substance rénale qui s'est nécrosée. Faut-il admettre qu'il s'agit d'un infarctus et que l'hémorragie s'est produite, soit au début de sa formation, au moment de la période con-

gestive, soit au moment de la période de réparation et de néoformation vasculaire ?

Siège de l'hématome.

Un des rapports les plus importants des hématomas périnéphrétiques est celui qu'ils affectent avec la capsule propre du rein. A ce point de vue, ils peuvent être divisés :

- A. *Hématomes sous-capsulaires*
- B. *Hématomes mixtes*
- C. *Hématomes extracapsulaires.*

Nous préciserons à nouveau ce que nous entendons par hématomes mixtes. Ce sont les hématomes primitivement sous-capsulaires, puis extracapsulaires, l'existence de cette classe montrant qu'on n'est pas autorisé à considérer ces différences de siège comme un caractère fondamental.

A. HÉMATOMES SOUS-CAPSULAIRES. — Parmi les hématomes sous-capsulaires, il faut citer en première ligne les observations de Cathelin (obs. V, VII, XI et XII). Dans ces observations, l'auteur trouva au cours de l'opération un épanchement dont une seule fois il indique l'importance (2 à 300 grammes), situé entre le rein et la capsule propre indemne. L'opération avait été entreprise pour une affection propre du rein, tuberculose deux fois, rein mobile une fois, hydronéphrose infectée une fois. Ce furent des trouvailles inattendues, l'épanchement ne s'était manifesté

par aucun signe. C'étaient en somme des formes latentes. La collection est liquide sans caillots.

Evolution clinique, aspect de la collection, siège, constituent des particularités fort peu comparables à celles que nous trouvons d'ordinaire aux hématomes périnéphrétiques. A ce point que l'on serait tenté d'en faire une classe à part, une entité distincte.

B. HÉMATOMES MIXTES. — Mais voici des observations qui démontrent que le siège peut être à la fois extracapsulaire après avoir été sous-capsulaire. D'abord, c'est l'observation X de Lœven. Le malade, quand on voulut l'opérer, succomba aux premières bouffées d'anesthésique et à l'autopsie on trouva une infiltration sanguine occupant le tissu rétropéritonéal jusqu'à la fosse iliaque, à l'entrée du petit bassin, cette infiltration s'étend à droite, côté opposé. L'ensemble forme une masse de 17 à 18 centimètres de long soulevant le péritoine. Entre la capsule du rein et sa surface se trouve un coagulum rouge sombre qui sépare entièrement le rein de sa capsule. Dans la cavité péritonéale, on trouve 1.400 centimètres cubes de sérosité fortement colorée par du sang. Sur la petite courbure de l'estomac, à la surface du mésocôlon, du côlon transverse, on trouve du sang sombre fraîchement épanché. On en trouve sous le péritoine, sous le duodénum, à l'insertion du mésentère, autour du pancréas. Par ailleurs, aucune lésion vasculaire apparente. Ici, il est vrai, aucune indication n'est donnée sur l'intégrité de la capsule propre. Présentait-elle quelque déchirure par laquelle le sang épanché

entre sa surface interne et le rein se serait frayé un passage ? ou bien s'agit-il d'une double hémorragie simultanée, l'une extra- l'autre sous-capsulaire ? L'observation est muette sur ce point.

Nous restons donc dans le doute, il faut même convenir que la présence de sang fraîchement épanché en d'autres points semblerait combattre l'hypothèse d'une hémorragie primitivement sous-capsulaire.

Les observations suivantes sont, par contre, plus explicites, en ce qui concerne une lésion de la capsule.

Citons celle d'Azzurini (obs. IX). L'hématome forme une masse fluctuante de la dimension d'une tête d'un fœtus à terme. Elle est constituée par une paroi fibreuse recouverte par un coagulum fibrino-cruorique stratifié et limite une vaste cavité à contenu séro-hémorragique dans le fond de laquelle apparaît le rein petit et pâle. Le rein apparaît séparé, non seulement de sa capsule adipeuse mais aussi et sur une bonne étendue de surface de sa capsule propre.

Les deux suivantes sont plus nettes et ne laissent aucun doute sur l'origine sous-capsulaire d'une hémorragie devenue ensuite extracapsulaire, la capsule s'étant déchirée. Dans l'une d'elles (Doll, obs. XXIII), l'hématome est considérable : il a 33 centimètres de long, 20 de large, 13 d'épaisseur. A la coupe, il se montre constitué par une couche extérieure formée de caillots sanguins, et à l'intérieur de couches alternantes de sang coagulé et de graisse. Le rein petit, mou, pâle, perdu dans cette masse, présente à son pôle supérieur une déchirure de la capsule propre. Aucun épanchement entre la capsule et le rein. Mais

la déchirure conduit dans une cavité rénale irrégulière de la dimension d'une cerise qui, dans la profondeur, atteint la substance médullaire. Cette cavité est remplie de caillots sanguins adhérents. L'auteur admet comme étiologie une lésion athéromateuse d'une petite artère se dirigeant de la substance corticale vers la capsule propre. Le sang avait infiltré et creusé la substance rénale qui s'était nécrosée, puis rompu la capsule propre et s'était répandu dans le tissu adipeux.

L'observation suivante (obs. XXIV de Fowler) est peut-être encore plus démonstrative. Tout d'abord on trouve une déchirure de la capsule propre. Dans cette déchirure, un caillot sanguin. Sous la capsule un caillot qui la décolle de la convexité du rein. Dans la substance corticale, une cavité de la grosseur d'un œuf remplie d'un caillot frais. Dans l'atmosphère adipeuse, deux pleines mains de caillots.

L'hémorragie peut donc être primitivement sous-capsulaire pour devenir ensuite extracapsulaire et produire un hématome soit diffus, soit circonscrit. Il n'y a pas de différence essentielle entre les hémorragies sous- et extracapsulaires. La différence clinique résulte de l'importance et probablement du stade d'évolution de la maladie.

Les faits ci-dessus ne laissent pas de doute, et la discussion nous paraît close.

C. HÉMATOMES EXTRACAPSULAIRES. — Ils doivent être divisés en circonscrits et diffus. Cette distinction est parfois quelque peu artificielle. S'il est en effet parfaitement justifié d'accorder le qualificatif

de circonscrit à certains hématomes dont les couches limitantes ont déjà subi un certain travail de transformation fibreuse, comme dans les cas de Hildebrand (obs. I) de Coenen (obs. II) qui présentaient à côté de deux hématomes anciens bien circonscrits, un hématome récent, diffus, ou encore dans l'observation de Kock (obs. XIV) et de Doll (obs. XXIII). Cette distinction est moins aisée dans d'autres cas. Acceptons de donner le titre de circonscrits à ceux qui n'ont pas dépassé ou d'une façon nette les limites de la loge rénale, du reste mal close en bas et en dedans; nous psurrons admettre comme circonscrits les cas de Hildebrand (obs. I), de Lenk (obs. VI), de Ritter (obs. VIII), Azzurini (obs. IX), Kock (obs. XII, XIV), Pick (obs. XVI), Malherbe (obs. XXVII).

Lorsque l'hémorragie aura dépassé les limites de la loge rénale, on dira de ces hématomes qu'ils sont diffus.

Nous avons onze cas d'hématomes extracapsulaires, diffus. Ce sont les observations II, III, IV, X, XIII, XV, XVII, XVIII, XX, XXVIII et XXIX de notre classification.

Les hématomes mixtes dont nous avons parlé tout à l'heure pouvaient aussi, après envahissement postérieur de la capsule adipeuse par une hémorragie venant du rein, s'infiltrer sous le péritoine, jusqu'au delà des limites de la loge rénale. Dans ce cas, j'accorderai au nom de mixte le terme de diffus. Nous en avons trois cas (obs. XIX, XXIII et XXVI de notre classification).

Les hématomes mixtes n'occupant que le rein et la

loge graisseuse sont au nombre de quatre (obs. XXI, XXII, XXIV et XXV de notre classification).

Contenu.

L'aspect de l'hématome est fort variable : parfois c'est une masse de caillots que l'on enlève à la main (obs. XX), Rafin (obs. XXVIII), Hering (deux pleines mains).

Pick (obs. XVI) trouve du sang modérément coagulé.

Hildebrand (obs. I) enlève 1 litre et demi de sang demi-liquide et coagulé, Azzurini (obs. IX) rencontre de la sérosité sanguinolente dans une poche tapissée de caillots. Il est évident que ces divers aspects tiennent à la date plus ou moins ancienne de l'hémorragie. Plus l'hémorragie est de date reculée, et dans un des deux hématomes trouvés chez le même malade par Kock (obs. XIV), l'un renferme du sang et des caillots récents, l'autre de la sérosité, nous en trouvons la preuve, plus le sang aura subi de la déchéance. Nous reviendrons sur ce point à propos des séquelles.

Dans une seule observation l'odeur urineuse est signalée (obs. XXII).

Sans odeur au moment de la première opération, les caillots avaient, au moment de la seconde intervention, une odeur fétide due au contact de l'air chez le malade de M. Rafin (obs. XX).

Mais à côté de ces cas dont on peut dire que le sang constitue une collection, on en trouve dans lesquels le sang n'est pas réuni en une masse solide, demi-

solide, ou liquide. C'est ainsi que dans l'observation VI de Lenk, l'opération s'exécuta avec difficulté en raison du tissu lardacé englobant la capsule graisseuse et le pédicule. Le rein enlevé était entouré d'une couenne hémorragique avec îlots adipeux de 1 centimètre d'épaisseur; par place, elle adhérait fortement à la substance rénale; en d'autres, elle en était séparée par des masses sanguines anciennes. On voit qu'il s'agit d'une lésion chronique qui invoque l'idée d'une périnéphrite hémorragique. Je rappelle que dans l'année qui précéda l'opération, le malade avait eu six crises douloureuses avec tuméfaction rénale, qui disparaissaient chaque fois avec la douleur jusqu'à la dernière crise. Dans l'observation III de Rickert, il n'y a plus de collection, la couche adipeuse est infiltrée de sang.

La disparition est plus spéciale encore dans l'observation XXIII de Doll. La coupe de la masse la montre constituée d'abord par une couche extérieure d'épaisseur variable formée uniquement de caillots sanguins. Puis, comme enfermé dans cette poche, le noyau de la tumeur formé d'un mélange de sang, de sang coagulé et de graisse en couches alternantes, en maintes places le sang noir parmi des îlots de graisse, en d'autres, c'est le tissu graisseux qui ne présente que des filons sanguins de quelques millimètres d'épaisseur et rappelle un bloc de marbre avec ses veines. Au milieu de cette masse de graisse et de sang se trouve le rein.

Enveloppe de l'hématome.

Primitivement, les couches qui entourent le sang épanché sont refoulées, tassées; elles peuvent être considérées comme formant une enveloppe. Dans les formes plus anciennes où la réaction fibreuse a eu le temps de se faire, une enveloppe se constitue, la lésion s'achemine ainsi vers une apparence kystique, constituant les séquelles (série 9, obs. XXVII, Malherbe).

Hématomes extracapsulaires diffus. — Le sang épanché brusquement ou en grande abondance déborde et franchit les limites de la loge rénale, mal close en bas et en dedans, envahit le petit bassin, le tissu cellulaire rétro-péritonéal et tend à passer de l'autre côté du corps.

Dans l'observation II, nous trouvons à la fois deux hématomes circonscrits anciens et un hématome récent qui ressemble bien à une grosse hémorragie post-opératoire. Comme c'est ce dernier qui donna à l'affection son allure, nous le classons avec les hématomes diffus.

Dans l'observation III, la diffusion s'est faite surtout dans les parois abdominales, si bien que le grand droit atteint 4 ou 5 centimètres d'épaisseur, description qui rappelle le cas de Michaux avec déchirure de de l'artère épigastrique.

Dans l'observation IV, dont le sujet était manifestement hémophile, on trouve à droite une masse san-

glante, à gauche l'infiltration du sang était telle qu'il avait gagné d'une part jusqu'au bassin et à l'anus et d'autre part la cuisse en suivant le psoas.

Citons encore les observations X, XV et enfin l'observation XXVIII de Hering qui mentionne que le sang avait diffusé en dehors des muscles et de la graisse sous-péritonéale.

Enfin, pratiquant l'autopsie, Armstrong (obs. XXVI) trouva, à l'ouverture de l'abdomen, du sang qui, répandu à la faveur d'une déchirure de la paroi postérieure de la capsule propre, inondait la cavité abdominale. Le cas de Bozy (obs. XIII) reste douteux. (Obs. XXIX) Pritchard tomba à l'autopsie sur un gros épanchement sanguin filtrant à travers le péritoine, noyant le rein droit et s'étendant jusqu'au bord de l'autre rein.

En résumé, nous ne nous écarterons peut-être pas trop de la vérité en disant que, parmi les hématomes mixtes ou extracapsulaires, il y avait un cas comportant des hématomes circonscrits et un hématome diffus.

Quinze cas où l'hématome était circonscrit, sept fois où il était diffus et une fois douteux. Bozy (obs. XIII).

Les hématomes circonscrits forment donc la majorité des cas. Nous devons cependant faire quelques réserves sur l'exactitude de cette classification, en raison de l'imprécision de certaines observations et il ne peut d'ailleurs en être autrement pour les cas non suivis d'autopsie, et aussi parce que, anatomiquement, la loge rénale ne forme pas une cavité complètement close.

Hématome unique ou multiple uni- ou bilatéral.

— Nous avons déjà signalé l'observation II comme exemple d'hématomes multiples.

Ajoutons les cas des observations III, VI, XIV et XVIII.

Dans les observations II et VI, les hématomes étaient du même côté.

En revanche, dans les observations XIV, XVIII, l'affection était bilatérale. Dans celle de Koch (obs. XIV) les deux hématomes s'étaient produits à des dates différentes. Dans le cas de l'observation XIV, on trouva du côté opposé à la lésion essentielle « des résidus » d'ancien hématome. La lésion était analogue dans l'observation III.

Etat des viscères intralombaires. — Les côlons : ascendant, transverse et descendant sont signalés comme refoulés, infiltrés de sang, rappelant l'aspect d'un intestin étranglé. Dans l'observation XXIX, on fit même le diagnostic et le traitement d'occlusion intestinale.

Etat du péritoine. — Sept malades atteints d'hématome périnéphrétique ont été laparotomisés et ce sont les cas qui peuvent le mieux nous renseigner sur l'état de la cavité péritonéale en vue de la question suivante. L'hématome périnéphrétique peut-il être le point de départ d'une péritonite ? Trois observations, I, III, XVI, ne mentionnent pas l'état de la cavité abdominale.

L'observation XVII nous renseigne. Il n'y a pas de péritonite et cependant c'est à cause de ce diagnostic que la laparotomie avait été pratiquée.

Deux autres observations mentionnent des lésions du péritoine. Ce sont les observations XVIII où l'on trouva dans la cavité péritonéale vers la région iléo-cæcale une collection séro-sanguine importante, un peu mal odorante, et l'observation XXVIII où l'on trouva, dans le péritoine un exudat séro-fibrineux et sur le feuillet pariétal des dépôts fibrineux.

Les deux malades ont succombé, et l'autopsie fut faite. Le premier paraît être décédé en suite d'hémorragie, mais le second est mort de péritonite purulente fétide.

Encore que l'on puisse se demander si l'acte opératoire ne fut pour rien dans le développement de cette péritonite purulente, on doit cependant admettre que l'hématome périnéphrétique développe une réaction du côté de la cavité péritonéale et l'odeur de la collection signalée par Lenck pouvait faire craindre une péritonite fatale.

Une fois l'autopsie fit trouver du liquide dans la cavité péritonéale. C'est ainsi que Coenen II trouva dans le péritoine 25 centimètres cubes de liquide coloré par le sang.

Lœven X trouva à l'autopsie 1.400 centim. cubes d'une sérosité assez fortement colorée par du sang.

Lœven IV. Dans l'abdomen on trouve 400 centimètres cubes de sérosité sanguinolente.

Pritchard XXIX. En soulevant les intestins, on tomba sur un gros épanchement sanguin filtrant à travers le péritoine.

Armstrong XXVI, tombe dès l'ouverture de l'abdomen sur une masse de sang.

Paroi abdominale et muscles. — Les muscles psoas iliaque, observation IV, carré des lombes, sont parfois infiltrés de sang, de même que la paroi abdominale, c'est ainsi que dans l'observation III l'épaisseur du grand droit infiltré de sang atteignait 4 à 5 centimètres.

Etat de la capsule propre. — Il serait très important de connaître l'état de la capsule : intacte ou déchirée. Cette constatation aurait évidemment une grande valeur pour préciser si l'hémorragie s'est produite en dehors du rein où si elle provient de cet organe.

Plusieurs observations sont silencieuses à cet égard. D'autres disent simplement que la surface du rein était intacte (obs. XVII).

Remarquons à ce sujet que la vérification précise de l'état de la capsule ne peut être vraiment complète que si le rein est enlevé ou si l'autopsie a été faite.

C'est ainsi que M. Rafin s'est contenté d'enlever les caillots qui entouraient le rein, sans chercher à vérifier son état ni à l'extérioriser. Mis en présence d'un cas analogue, il se propose d'examiner plus attentivement le rein, non pas seulement par simple curiosité scientifique, mais en vue de vérifier s'il n'existe pas un point saignant sur lequel il pourrait agir efficacement. N'est-ce du reste pas une règle générale du traitement des hématomes que d'enlever les caillots aussi complètement que possible, de chercher le point qui saigne et d'agir chirurgicalement sur ce point? L'intérêt scientifique et l'intérêt du malade sont une fois de plus en accord.

Quelques observations mentionnent que la capsule est intacte, ce sont les observations II, IV, XIV, XV, XVI. Il peut demeurer cependant un doute pour l'observation XVI, car l'intervention a été suivie de guérison.

Enfin Lœven (obs. IV), nous dit que l'hématome a commencé en dehors de la capsule. Citons après l'observation XXIX où l'hémorragie venant de la capsule surrénale, la capsule propre du rein était naturellement indemne.

En somme, 6 observations nous donnent la certitude que la capsule propre était indemne et que l'hémorragie était bien de provenance extrarénale.

Dans les 4 cas de Cathelin, la capsule est de même intacte, quoique soulevée.

Dans 2 autres cas qui appartiennent à Lenk (obs. VI), le rein enlevé était entouré d'une couenne hémorragique avec ilots adipeux de 1 centimètre d'épaisseur; par place, elle adhérait fortement à la substance rénale, en d'autres, elle en était séparée par des masses sanguines anciennes. La surface du rein présentait de nombreuses ecchymoses dues à la libération de cette couenne.

L'observation XVIII rapporte une disposition analogue, quoique moins nette. Mais, comme il n'indique pas d'infiltration de sang entre la couenne et la substance rénale, on ne peut admettre que l'obs. VI comme ayant probablement une origine hémorragique rénale.

Avec les observations VI, IX, X, XIX, XXIII, XXIV, nous avons nettement l'impression d'une hémorragie de provenance rénale.

Si l'on recherche à quelle lésion du rein est lié l'hématome, on trouve :

Un cas d'hydronéphrose (d'origine imprécise, probablement par périnéphrite avec 250 grammes de rétention pyélitique, VI.

Un cas d'hydronéphrose due à la compression de l'uretère par un gâteau de ganglions cancéreux, IX.

Un cas de lithiasé réno-urétérale, X.

Un cas de néphrite toxique, XIX.

Deux cas de lésions cavitaires, XXIII et XXIV.

Donc très souvent l'hématome avait pour point de départ le rein, il existait des lésions importantes à son niveau dont il faut bien tenir compte pour la pathogénie.

Voyons maintenant l'état de la capsule.

Dans les quatre observations de Cathelin, elle est seulement soulevée, décollée et aucune lésion n'est signalée.

Dans celui de Lenck VI, elle est transformée en une couenne fibreuse, épaisse et les hématomes circonscrits sont logés entre le rein et cette capsule.

Dans l'observation d'Azzurini IX, la capsule propre manque en certains points.

Dans l'observation de Lœven X, un coagulum rouge sombre atteignant 5 à 6 centimètres d'épaisseur sépare le rein de la capsule propre; cette masse sanguine adhère au rein par place. Mais en plus de cet hématome sous-capsulaire, le tissu rétropéritonéal est infiltré de sang sur une vaste étendue et forme un large hématome diffus.

Dans l'observation XIX du même auteur, toute la

capsule du rein est enlevée et au contact immédiat du rein, on enlève un coagulum de 232 grammes, mais la masse sanguine est plus considérable (à la surface du rein, on ne trouve aucun point saignant). Du reste, l'hématome s'étend jusque dans la fosse iliaque où il a diffusé.

Dans les deux observations de Doll XXIII et Fowler XXIV, la déchirure de la capsule propre est nettement indiquée, les deux cas ne diffèrent l'un de l'autre que par les deux points suivants. La capsule déchirée au niveau de la lésion cavitaire est adhérente au reste de l'organe chez le malade de Doll, tandis que chez celui de Fowler, un caillot la décolle au niveau de la convexité du rein. Mais dans les deux cas, il est hors de doute que la capsule ainsi déchirée a livré passage à du sang de provenance rénale.

Etat des vaisseaux rénaux. — Qu'il s'agisse de vaisseaux du hile ou du reste de l'organe, aucune lésion n'est indiquée. Les unes n'en font pas mention, les autres, et particulièrement celles qui comportent l'autopsie, affirment qu'aucune lésion ne fut trouvée bien que l'auteur soit parfois convaincu de l'existence de cette lésion (obs. I).

Etat des capsules surrénales. — Nous trouvons mentionné dans deux de nos observations que les capsules surrénales étaient indemnes (obs. II, XIV). Dans l'observation XXVIII, Hering émet l'hypothèse que l'hématose est peut-être dû à une hémorragie de la capsule surénale d'origine infectieuse. Mais il n'y a aucune vérification.

Dans l'observation XXIX, Pritchard dit qu'on put

se rendre compte à l'autopsie que l'hémorragie venait de la capsule surrénale droite qui coiffait le rein jusqu'aux deux tiers de sa hauteur. La capsule portait une déchirure du côté libre et le sang s'était épanché tout autour du rein. Cette hémorragie avait pris naissance au niveau de la matière médullaire de la capsule.

Lésions du rein. — En plus des diverses lésions du rein mentionnées jusqu'ici, les observations indiquent que cet organe est parfois comprimé, comme anémié par l'hématome. Il semble que c'est là une impression plutôt qu'un fait établi.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le propre des hématomes dont nous faisons l'étude est de se développer sans aucun traumatisme. Toutefois, avant d'en commencer la description symptomatique, j'appelle l'attention sur l'observation XIX qui soulève quelque doute. Le jeune homme qui en est l'objet reçut un trauma qui ne l'obligea pas à suspendre son travail. Il ne commença à souffrir qu'un mois et demi après.

Si l'on veut bien considérer avec quelle complaisance les malades rapportent leurs malaises à un trauma, on sera vraiment surpris qu'une aussi mince circonstance étiologique ne soit pas inscrite plus souvent au début de nos observations, et on s'autorisera à conserver ce cas dans les hématomes non traumatiques.

Nous ne ferons pas de difficultés pour admettre qu'on aurait pu trouver à l'origine des hématomes non traumatiques un effort, quelque mouvement un peu excessif; qui sont parfois chez certaines personnes le point de départ d'une extravasation sanguine.

Début. — Les symptômes qui sont la manifestation de l'hémorragie peuvent apparaître brusquement sans que le sujet ait éprouvé quelque atteinte douloureuse du côté du rein.

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi.

Nous trouvons d'abord une première catégorie de malades qui sont déjà soignés pour une affection douloureuse de ces organes, indépendante de l'hématome, d'autres n'éprouvaient pas de douleurs, mais étaient atteints de néphrite. D'autres enfin ont eu déjà des poussées douloureuses qui peuvent légitimement être attribuées à la production antérieure d'un hématome.

Je passerai ici en revue les observations indiquant une atteinte douloureuse antérieure au niveau des reins ou une néphrite.

Obs. V. La malade aurait déjà souffert des reins.

Obs. VI. La malade souffre depuis des années de coliques qui furent attribuées à de la lithiase hépatique, avec à six reprises, formation d'une tumeur sous l'arc costal droit, disparaissant avec les coliques.

Obs. VII. La consultation est motivée pour des douleurs de vessie.

Obs. VIII. Le malade a depuis des années des crises de colique dans la région rénale droite; jamais de pierre.

Obs. XI. La malade se plaint depuis l'âge de treize ans d'une gêne dans le côté droit; elle a eu une seule fois des coliques « à se rouler ».

Obs. XII. Douleurs de cystite depuis un an.

Obs. XIII. Le malade avait été soigné déjà pour hématomes.

Obs. XIV. Homme souffrant des reins depuis des années.

Obs. XV. Homme artério-scléreux souffrant de néphrite chronique.

Obs. XVI. Coliques hépatiques avec ictère prononcé.

Obs. XVII. Une jeune fille de vingt ans se plaignait depuis un an de douleurs des deux côtés de l'abdomen.

Obs. XIX. Léger traumatisme au niveau de la hanche, un mois et demi avant l'apparition des symptômes d'hémorragie.

Obs. XX. En mars, scarlatine. Au commencement de mai, le malade éprouve, sans cause connue, une douleur brusque et violente dans le côté gauche, avec état lypothimique.

Obs. XXII. Homme de cinquante ans. Un an auparavant, crise de pérityphlite.

Obs. XXIII. Néphrite chronique chez un syphilitique.

Obs. XXIV. Femme de cinquante-deux ans, a eu de violentes douleurs il y a dix ans dans la région lombaire gauche pendant quatre jours, avec hématurie abondante, frisson et fièvre.

Obs. XXVII. Le malade présente, depuis l'âge de quatorze ans, des coliques violentes prises pour des coliques néphrétiques. D'après l'examen de l'hématome, soit à l'opération, soit à l'autopsie, il semble donc que, dans ces cas, il y aurait eu huit fois des hématomes antérieurs à symptomatologie atténuée (obs. VI-VIII, XI, XII, XIII, XVII, XXIX, XXVII), mais que l'affection aiguë ait été précédée ou

non d'atteintes douloureuses, de perturbation de la fonction rénale ou d'aucun symptôme ayant pu attirer l'attention sur le rein, l'hémorragie se produit et aussitôt éclate la symptomatologie qui lui est propre.

Les symptômes sont les suivants :

A. *Violente douleur dans la région rénale.*

B. *Symptômes d'hémorragie interne.*

C. *Apparition d'une tumeur rétropéritonéale dans la région lombaire.*

A. DOULEUR. — La douleur éclate parfois avec une brusquerie remarquable et atteint un haut degré. Nous la trouvons signalée dans la plupart de nos observations :

Obs. I. Douleur, sensation de tumeur.

Obs. II. Subitement, le malade se plaint d'une douleur brûlante dans le haut de la cuisse, qui s'étendit en haut et en arrière à la région rénale gauche. Hématurie. Douleur persistante nécessitant des injections de morphine. Après une rémission, hématurie et douleur réapparaissent.

Obs. IV. La veille de son entrée à l'hôpital, le malade éprouva une douleur dans le côté droit, où il se forma une tuméfaction.

Obs. VI. Six fois durant l'année, cette malade, soignée pour des crises de lithiase biliaire(?) se plaignit de douleurs, en même temps que se formait une tuméfaction sous l'arc costal droit. Les symptômes douleur et tuméfaction disparaissaient chaque fois en même temps, jusqu'à la dernière crise qui précéda l'opération et où il n'y eut aucune rémission.

Obs. VIII. Ritter ne parle pas de crise douloureuse au moment de l'intervention. Il est vrai que son observation est résumée. D'autre part, son malade a eu, depuis plusieurs années, des crises de coliques dans la région rénale droite.

Obs. IX. La malade entre à la clinique pour des douleurs internes dans le quadrant droit de l'abdomen.

Obs. X. Le malade, qui a déjà eu des coliques néphrétiques, entre à la clinique à cause de la violente intensité de la douleur.

Obs. XVI. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle ressent une violente douleur dans le côté droit de l'abdomen. La douleur persiste, ininterrompue et si intense que la patiente est sans force.

Obs. XVII. Tout à coup, sans cause spéciale, le malade souffre dans le thorax et le ventre, à droite.

Obs. XVIII. Elle éprouva une violente et soudaine douleur dans le côté droit de l'abdomen, avec des métrorragies anormales.

Obs. XIX. Le patient souffre d'une douleur violente dans la région sacrée, puis s'étendant au côté gauche; elle devient si intense, que la malade en criait. La morphine la calma un peu.

Obs. XX. Le malade de M. Rafin éprouva, sans cause connue, une douleur brusque et violente dans le côté gauche, avec état lypothimique.

Obs. XXII. Brusquement, violente douleur dans le côté droit de l'abdomen, suivie d'un collapsus profond avec anurie, arrêt des selles et des gaz et météorisme abdominal.

Obs. XXIII. Le malade se plaint subitement d'une

vive douleur dans l'abdomen : d'abord diffuse, puis localisée au côté gauche. De pareilles attaques surviennent tout à fait brusquement et sans cause appréciable et d'intensité croissante.

Obs. XXIV. Il y a dix ans, la malade a eu une violente douleur dans la région lombaire gauche, avec hématurie abondante, frisson et fièvre. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, crises de vomissement et actuellement douleurs et tuméfaction dans la région lombaire gauche.

Obs. XXVIII. Douleur autour de l'ombilic, puis s'irradiant vers le testicule gauche.

Nous avons conservé pour chacune de nos observations l'expression de chaque auteur. Dans leur variété, elle donne néanmoins l'image d'une douleur intense, tantôt continue, tantôt procédant par crises occupant parfois tout l'abdomen au début, pour se localiser ensuite à la région siège de l'hémorragie. Une fois s'irradiant vers la région sacrée et, dans ce cas, l'hématome avait envahi la fosse iliaque (obs. XV). Dans un autre cas vers le testicule.

Retournons ce fait, il pourra être utilisé pour le diagnostic, car on sait la fréquence de l'irradiation vers la zone urinaire inférieure des douleurs néphrétiques proprement dites. Pareillement, si nous trouvons mentionnée l'anurie, nous ne voyons aucun renseignement sur la fréquence des mictions, la dysurie, sauf dans l'observation V qui, elle, démontre clairement par les constatations faites à l'autopsie que les crises correspondaient à des poussées d'hémorragie.

Notons enfin, au sujet de la douleur, qu'elle fait

parfois défaut dans nos observations, ou est au moins plus discrète. C'est ainsi que Cathelin dit (page 17 de son tirage à part) : « Tout au plus, l'élément douleur peut être un peu activé par cette formation ». Ainsi, de ses observations retenues, il n'y en a qu'une, la XI, dans laquelle il rapporte une crise de coliques « à se rouler ». Malheureusement, la date n'est pas bien précisée et on ne peut savoir si elle précéda, de peu ou de beaucoup, la constatation de l'hématome. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit dans le chapitre d'Anatomie pathologique, nous considérons ces hématomes sous-capsulaires comme atténués et simplement en puissance de produire notre symptomatologie s'il survenait une déchirure de la capsule propre du rein.

Hormis ces cas de Cathelin, nous ne trouvons que deux observations ne mentionnant pas la douleur de début. L'une, observation III, est très brièvement rapportée; l'autre, observation XIII, de Bozy, est une courte allusion faite par lui pendant une discussion à la Société de Chirurgie. La description n'est donc pas complète. Enfin, l'observation XXI consiste uniquement en la description de l'autopsie.

On peut conclure que dans les hématomes périnéphrétiques, la douleur constitue un symptôme initial et de grande importance et que seuls les hématomes sous-capsulaires et y restant localisés peuvent faire exception à la règle.

B. SIGNES D'UNE HÉMORRAGIE INTERNE. — Les observations ne sont pas ici aussi explicites que pour le symptôme douleur. Il est vraisemblable que les

signes de l'hémorragie interne ne sont pas toujours frappants et nous y voyons l'explication de ce fait que le diagnostic d'hématome n'ait presque jamais été fait avant l'opération.

Puis, comme nous le disions plus haut, ces hémorragies peuvent se cloisonner, rester circonscrites et ne donner que de légers signes d'hémorragie, ce qui, avec ce fait de la rareté des cas, les fait passer inaperçus aux yeux d'un chirurgien qui ne les recherche pas, n'étant pas averti.

Nous trouvons cependant quelques indications utiles dans les observations suivantes :

Obs. I. Grande pâleur.

Obs. IV. Pâleur, pouls fréquent, petit, bruits du cœur affaiblis, réguliers. Temp. : 36°5.

Obs. VIII. Aspect très anémique.

Obs. IX. Etat demi-conscient, incontinence des fèces.

Obs. XVI. Pâleur frappante.

Obs. XX. Le malade de M. Rafin est décrit comme : pâle, sans bouffissures de la face, bien qu'il ait un peu d'œdème des pieds.

Obs. XXII. Collapsus profond.

Obs. XXIII. Pouls petit, 120-140, muqueuses et face décolorées.

Obs. XXVIII. Pâleur notable de la face, dyspnée, pouls filiforme, 150.

Il s'agissait d'un enfant.

Obs. XXIX. Etat de shock.

D'après les indications précédentes, on aurait pu penser parfois à une hémorragie, notamment dans le

cas de Loeven (obs. IV), de Doll (obs. XXIII), de Hering (obs. XXVIII).

Dans le cas de M. Rafin, on ne songea pas à un hématome ; notre maître n'en avait encore observé aucun cas. D'autre part, on savait que ce malade était atteint de néphrite, il avait de l'œdème des pieds, de sorte que tout naturellement la pâleur fut rattachée à la néphrite.

Et il semble bien que le diagnostic n'a été fait du vivant du sujet que deux fois : par Loeven (obs. IV), par Doll (obs. XXIII). On remarquera que les signes de l'anémie sont indiqués avec quelque précision dans ces deux observations. Doll avait déjà observé et antopsié un cas d'hématome périnéphrétique. Ayant eu la bonne fortune d'en observer un deuxième, il prend garde d'oublier les enseignements de sa propre expérience. Cependant Loeven dans son observation datant de 1910 put faire le diagnostic pour deux raisons, d'abord l'affection commençait à être connue, puis il fut aidé par les antécédents du sujet, qui comptait plusieurs hémophiliques dans sa famille.

Ici encore, comme pour le symptôme douleur, on constatera que pour les quatre observations de Cathelin ; il n'est fait aucune mention de symptômes d'anémie.

C. APPARITION D'UNE TUMÉFACTION DANS LA RÉGION RÉNALE. — L'apparition d'une tuméfaction de la région rénale est, avec la douleur, le symptôme le plus constant de l'hématome péninéphrétique. Ici aussi les quatre cas de Cathelin ayant trait à des héma-

tomes sous-capsulaires font encore exception. Il nous reste donc vingt-cinq cas à étudier.

Cette tuméfaction est nette dans la grande majorité de nos observations, exactement 20 fois sur les 25 cas qui nous restent.

Dans 3 autres cas (obs. XVII), (obs. XXVIII), (obs. XXIX), on ne nota qu'une tuméfaction, un ballonnement de l'abdomen. Dans ces trois cas d'ailleurs le diagnostic s'égara. On crut à une péritonite dans les deux premiers et une laparotomie fut pratiquée. Dans le troisième, on crut à une obstruction intestinale. Les deux cas restants où la tumeur n'est pas indiquée sont celui d'Azzuniri et enfin celui de Dickinson (obs. XXI), (obs. IX).

Dans un certain nombre de ces 20 observations, le moment de l'apparition de la tuméfaction est indiqué en même temps qu'apparaît la douleur (obs. I, XIV, XVIII, XXII, XXV).

Le lendemain de la douleur, obs. IX.

A chacune des crises douloureuses, obs. VI.

Trois jours après la douleur, obs. XV.

Deux jours après la douleur, obs. XXIII.

Dans d'autres cas, elle fut constatée dès le premier examen fait par le chirurgien sans que l'on puisse préciser la date de son apparition.

La tuméfaction fut constatée à l'examen d'entrée d'un malade souffrant depuis trois mois environ (obs. II); depuis deux jours (obs. XVI); depuis un mois et demi (obs. XIX).

M. Rafin (obs. XX), constate la tumeur dès son premier examen, c'est-à-dire vingt jours après le

début. Mais le Dr Uzel l'avait déjà constatée puisque c'est pour ce motif qu'il envoya le malade à l'hôpital.

Fowler (obs. XXIV), constate la tumeur à son premier examen, c'est-à-dire deux jours après que les douleurs avaient éclaté.

Aucune date précise n'est indiquée dans les observations III et VIII tout au moins dans le texte dont nous disposons.

On voit donc que la tuméfaction est non seulement un symptôme constant ou presque, mais que sa valeur est d'autant plus grande qu'elle apparaît à une date plus rapprochée du début, en même temps que la douleur et il est aussi simple de dire en même temps que le sang se répand dans les tissus périnéphrétiques assez abondamment pour former une masse d'une certaine dimension et sans doute aussi pour produire une réaction dans les tissus.

Quant à la façon dont elle est décrite, elle est variable. Voici les principales expressions des auteurs :

« Une résistance étendue, le côté est soulevé et présente une résistance au-dessous du foie. L'hypogastre et le mésogastre offrent une sensation de résistance remarquablement douloureuse, une résistance élastique s'étendant jusqu'à la région lombaire, mate et douloureuse à la pression. Une résistance douloureuse de la région lombaire droite qui s'étend jusqu'à l'arc costal, l'ombilic, la ligne axillaire postérieure se distinguant du foie, douloureuse à la pression. »

Telles sont les expressions employées par les auteurs. Il en résulte qu'on a l'impression d'une masse douloureuse, à bords limités, occupant la région rénale et la débordant, où dont les limites ne sont pas précises.

D'autres fois, l'impression est d'une véritable tumeur (obs. IV), donnant du ballonnement lomboparabdominal, mobile à la pression comme pour un néoplasme (obs. I, VI, XX), parfois même devenue non douloureuse quand elle date déjà de quelque temps comme pour le cas de M. Rafin. Le malade assis, on constate de la voussure de la région (obs. IV).

Les limites sont parfois précises, d'autres fois moins exactement définissables, la masse a diffusé dans la fosse iliaque et le chirurgien incise d'abord à ce niveau (obs. XIX).

En plus des trois symptômes cardinaux, étudiés jusqu'à maintenant, il en existe d'autres d'une importance qui pour être moindre n'en est pas moins considérable. Ce sont : la fièvre, le pouls, les symptômes abdominaux, l'ecchymose et surtout l'état des fonctions rénales.

Fièvre, pouls. — Nos observations sont pour la plupart incomplètes à ce point de vue. De plus il faut tenir compte ici de deux faits : l'hémorragie qui peut abaisser la température et d'autre part augmenter le chiffre des pulsations et modifier la tension sanguine.

Dans l'observation IV, qui se rapporte à un hémophilique manifeste, le pouls est petit, fréquent en même temps que le malade est pâle. La température

s'abaisse à 36°5. La dépression produite par l'hémorragie se manifeste seule et elle est évidente. Il en est de même chez la cancéreuse d'Azzurini où le pouls était filiforme et la température n'atteignait que 35°5. Le malade de Doll (obs. XXIII), celui de Herring (obs. XXVIII), avaient un pouls filiforme à 150.

Dans d'autres observations, c'est l'élément fièvre qui semble prédominer.

L'enfant de l'observation III avait de la fièvre et on pensait à une pérityphlite. Le malade Doll (obs. XV) avait 38 à 39° et une pneumonie ne tarda pas à se manifester. Dans l'observation XVIII la température atteignait 39 degrés et le pouls 120, 38°6 dans l'observation XIX.

Le malade de M. Rafin (obs. XX) avait eu une fièvre intense qui s'était abaissée à l'entrée à l'hôpital à 38°1, puis après l'opération elle s'éleva à 39°5 par suite de l'infection du foyer.

Dans trois des observations classées dans notre neuvième série, celle qui comprend les lésions cavitaires du rein, nous trouvons :

Obs. XXII 38°4, 120 pulsations ; infection à allure septicémique après la néphrectomie qui fait constater de la néphrite suppurée.

Obs. XXIV, 98 degrés F., p. pouls à 104.

Obs. XXIII, pouls à 120-140.

Obs. XXIX, température au-dessous de la normale.

Symptômes abdominaux. — L'hémorragie brusquement survenue s'accompagne parfois de vomisse-

ments, ballonnement, arrêt des selles et des gaz qui en imposent pour une péritonite, témoins les observations XVII et XVIII ou pour une pérityphlite. Puis la masse sanguine refoule la masse intestinale, se diffuse dans la fosse iliaque, envahit même le tissu rétropéritonéal et infiltre les parois intestinales. Ils ne sont du reste signalés que dans une dizaine de nos observations.

Ecchymoses sous-cutanées. — Symptôme rare, mais précieux : il n'est signalé que dans trois observations :

Dans l'observation XV, où il est mentionné que durant les heures qui précédèrent la mort survenue le cinquième jour, un liseré bleu noir apparut à la région lombaire et à la moitié correspondante du scrotum.

Dans l'observation XXII où l'on dit que le troisième jour on constata de la suffusion sanguine dans la région rénale droite et enfin dans l'observation XXIII, où l'on décrit une voussure bleuâtre avec œdème pâteux de la région lombaire gauche survenue le sixième jour. Herring dans son observation XXVIII note du gonflement du testicule.

En somme l'ecchymose n'est constatée qu'exceptionnellement. Ne mettons pas en doute que, soupçonnant l'existence d'un hématome les chirurgiens l'auraient plus fréquemment cherchée et rencontrée.

Urine. — Nous arrivons maintenant aux constatations faites sur ce point, sur l'importance duquel il n'est pas nécessaire d'insister.

Dans quelques observations il n'est pas fait mention

de l'état de l'urine. Dans l'observation XIII l'état de l'urine au moment de la production de l'hémorragie n'est pas indiqué, mais le malade avait eu antérieurement des hématuries. Elle est dite normale dans l'observation I, mais on ne saurait se contenter actuellement d'une indication aussi vague. Pour être complète une analyse doit faire mention non seulement de l'analyse chimique, mais aussi de l'examen microscopique du culot de la centrifugation. C'est ainsi que pour le malade de Lœven (obs. IV), qui est dit hémophilique et dont l'urine d'après l'auteur était normale, il nous paraît surprenant que l'examen microscopique fait régulièrement n'ait pas décelé quelques globules de sang.

La présence du sang dans l'urine est indiquée dans les observations II, VIII, IX, XIV, XXIV. Des éléments indiquant une néphrite se trouvaient dans les urines du sujet des observations X, XV, XIX, XXIII. Dans les observations XXII et XXIX le malade fut au début anurique, puis l'urine réapparut limpide et sans albumine. Pour l'observation XXII, lorsqu'on enleva ultérieurement le rein par suite des manifestations septicémiques on trouva une néphrite suppurée ce qui indique bien que cette suppuration était due à une infection secondaire.

Dans les observations XVI et XVII rien n'est indiquée pour l'urine avant l'opération, mais les malades guéris, l'urine présente pour l'un (obs. XVI) de l'albumine et de rares cylindres hyalins, et pour l'autre (obs. XVII) du sang et des éléments de néphrite.

Pour quatre observations l'examen des fonctions

rénales a été fourni plus loin. Ce sont les suivantes :

Obs. II. — L'urine ne contenait ni albumine ni sucre. La cystoscopie et le cathétérisme urétéral furent pratiqués. La cystoscopie montra des orifices urétéraux normaux. D'après les résultats des épreuves fonctionnelles par élimination (voir obs. II) et de la cystoscopie, on conclut à une tumeur du rein gauche qui n'existait pas. La diminution fonctionnelle du rein gauche provenait sans doute de la perturbation apportée par l'hématome. L'urètre gauche était dilaté.

Obs. VI. — Le cathétérisme urétéral donna écoulement à 250 centimètres cubes d'urine pâle. L'indigo-carmin et le sucre apparurent du côté malade une heure après l'injection, et du côté sain dix minutes après. On conclut à une hydronéphrose qui existait réellement en plus de l'hématome.

Obs. XIV. Pendant les crises on constata la présence de globules de sang et l'absence de bacilles tuberculeux et de cellules néoplasiques. La cystoscopie montre un écoulement d'urine beaucoup plus lent à gauche qu'à droite. L'étroitesse du méat urétéral empêche le cathétérisme.

Obs. XX. M. Raffin constata chez son malade, de l'albuminurie et dans le culot obtenu par centrifugation de nombreux cylindres et des globules de sang. En prévision d'une néphrectomie possible, l'urètre du côté sain fut sondé et on obtint de l'urine contenant quelques globules rouges et blancs, des cylindres et des cellules épithéliales de l'urètre comme c'est d'or-

dinaire dans la plupart des cathétérismes de l'uretère. Car la sonde ne peut arriver au rein sans infliger un léger traumatisme à la muqueuse urétérale si délicate.

Il y avait aussi une notable quantité d'albumine non attribuable à la présence du sang. L'albumine et les cylindres établissaient l'existence d'une lésion du rein du côté opposé à la tuméfaction.

Fait curieux et inexpliqué la présence de l'albumine ne fut pas constante.

A ces quatre observations avec étude complète de la fonction urinaire il faut ajouter les quatre cas de Cathelin dans lesquels le chirurgien ayant orienté son diagnostic vers une lésion rénale et le traitement vers la néphrectomie pratiqua pour chaque malade à l'examen habituel en pareil cas.

CHAPITRE V

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Par l'étude analytique de nos observations, nous allons voir quelle est la marche, la durée, la terminaison et le pronostic de l'hématome périnéphrétique non traumatique. Dès la simple lecture de nos observations, il nous reste l'impression que l'opération change complètement l'allure de la maladie. Nous terminerons donc en indiquant le traitement opératoire de l'affection.

L'évolution se fait en quelque jours et comme nous trouvons des cas qui ont été opérés et d'autres qui n'ont été soumis à aucune intervention chirurgicale, il convient de les étudier séparément.

a) CAS NON OPÉRÉS. — Ils sont au nombre de 8. Ce sont ceux des observations IV, IX, X, XIV, XV, XXIII, XXVI, XXIX.

Tous ces malades ont succombé rapidement; un seul a survécu deux mois.

Obs. IV. Mort le troisième jour; IX, mort en

quelques jours ; X, mort en trois à quatre jours. Chez ce malade on avait diagnostiqué un calcul de l'urètre et on se proposait de l'opérer, mais il succomba aux premières bouffées d'anesthésique en raison de son extrême faiblesse ; XIV, mort deux mois après ; XV, mort vers le cinquième jour ; XXIII, mort au cinquième jour ; XXIV, le malade meurt le jour même de son entrée à l'hôpital avec diagnostic de pleurésie et tumeur au niveau du rein droit ; XXIX, mort dans les cinq jours.

On voit que dans ces huit cas, l'évolution a été extrêmement rapide, sauf pour un où il y eut survie de deux mois.

Recherchons maintenant la cause de cette issue fatale et rapide. Tous donnent l'impression d'une haute gravité.

Obs. IV. Mort par hémorragie profuse (sujet hémophilique). L'autopsie montra une énorme hémorragie occupant le tissu rétropéritonéal des deux côtés de l'abdomen.

Obs. IX. Il s'agissait d'une malade opérée précédemment pour cancer de l'utérus avec récurrence ganglionnaire. L'hémorragie n'a donc fait que rapprocher ici l'issue fatale.

Obs. X. La grande faiblesse qui fit succomber la malade aux premières bouffées d'anesthésique peut être attribuée avec vraisemblance à l'hémorragie.

Obs. XIV. Kock attribue la mort de son malade à l'urémie. La crise n'a-t-elle pas été avancée par l'épanchement sanguin ?

Obs. XV. Le malade âgé de soixante ans, artério-

seléreux, atteint de néphrite chronique, pouvait bien avoir succombé du fait de l'hémorragie.

Obs. XXXIII. — Le malade était évidemment albuminurique depuis longtemps, toutefois la lecture de l'observation ne laisse pas de doute sur le rôle capital joué par la perte de sang dans la survenance de la mort.

Obs. XXVI. Hémorragie cause évidente de la mort.

Obs. XXIX. L'hémorragie avait donné lieu au shok, mais avant la mort il se déclara une pneumonie. Nous sommes donc autorisé à dire que la marche de l'hématome périnéphrétique non traumatique méconnu est rapide, que sa durée est très courte en général, la terminaison toujours fatale et que le pronostic est très sombre.

b) CAS OPÉRÉS. — Les cas opérés sont au nombre de 20. Mais ils doivent être divisés en deux classes sous peine de donner une idée absolument erronée de l'évolution de la maladie, de sa gravité et de la valeur de l'intervention.

Première classe, comprenant les quatre observations de Cathelin : V, VII, XI, XII. Ici rien de comparable aux autres cas, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire. Ces formes pourront être des trouvailles d'autopsie ou opératoire mais ne pourront être diagnostiquées par notre symptomatologie. Ce sont des formes frustres, latentes, qui ne rentraient dans notre cadre d'évolution qu'au moment où il y aurait déchirure de la capsule propre et inondation des

tissus périnéphrétiques. Cet hématome tant qu'il reste sous-capsulaire ne confère aucune modification à la lésion rénale qu'il accompagne aux divers points de vue : symptômes, pronostic, traitement.

Cette classe comprend aussi l'observation XXVII de Malherbe dans laquelle l'épanchement avait eu le temps de s'organiser.

La deuxième classe comprendra les cas opérés qui sont au nombre de 15.

Dans ces 15 cas nous trouvons 7 décès et 8 guérisons.

A. — CAS OPÉRÉS ET GUÉRIS. — Obs. I, VI, VIII, XVI, XVII, XIX, XX, XXIV.

Dans ces observations, nous étudierons successivement la nature des lésions rénales concomitantes, l'évolution et la gravité de l'hématome et enfin le genre d'opération pratiquée.

a) LÉSIONS RÉNALES CONCOMITANTES. — Les 8 observations comprennent :

1 cas sans indication de lésion rénale, obs. I.

2 cas d'hydronéphrose, obs. VI, VIII.

4 cas de néphrite chronique (XVI, XVII, XIX) dont une néphrite scarlatineuse (XX) et 1 cas avec lésions cavitaires (XXIV).

b) ÉVOLUTION DE L'HÉMATOME. — Ceci a une valeur primordiale si l'on veut apprécier avec équité la valeur de l'intervention chirurgicale.

Elle était chronique et le sac était déjà formé pour les observations I, VI, VIII. Pour cette dernière, Ritter admet que le sujet avait eu une série d'hémorragies qui

avaient comprimé l'uretère et produit l'hydronéphrose, donc cas chronique. Au surplus, dans ces deux cas l'hématome avait un volume restreint.

Elle peut être considérée comme subaiguë dans le cas de l'observation XXIX, où le malade fut opéré un mois et demi après le début, et enfin dans le cas de M. Rafin (obs. XX) opéré quatre semaines environ après l'apparition probable de l'hémorragie.

Toutefois, dans ces deux cas, l'hématome était de notable importance et l'intervention a joué certainement un rôle considérable dans l'issue heureuse de l'affection. Le malade de M. Rafin a cependant succombé plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, mais du fait de sa néphrite et de son défaut de régime approprié.

En revanche, l'évolution était aiguë dans les trois cas (obs. XVI, XVII) et enfin de Fowler (XXIV), et il s'agissait bien de cas analogues par leur marche et leur importance à ceux que nous avons vu succomber sans intervention.

L'intervention a donc certainement joué un rôle favorable, mais peut-être est-il permis de dire que les cas non opérés qui ont succombé affectaient pour le plus grand nombre une allure plus grave.

c) *Gravité de l'hématome.* — Dans les deux cas d'hydronéphrose, la lecture des observations montre que, somme toute, ils ne présentaient pas plus de gravité que pour une hydronéphrose banale.

d) *Genre d'intervention pratiquée.* — Trois fois la collection hématique fut abordée par laparotomie (XVI, XVII), parce que l'on avait pensé à une lésion

biliaire et I, où l'on avait pensé à une tumeur de la rate.

Dans les observations XIX, XX, XXIV, l'opération consista simplement en l'évacuation des caillots. Le malade de M. Rafin ne guérit d'ailleurs pas sans encombre. Vers le vingtième jour, il eut une hémorragie secondaire avec fétidité de la plaie qui nécessita une deuxième intervention. Son état général fut, du reste, mauvais pendant longtemps.

B. SEPT CAS OPÉRÉS SUIVIS DE MORT. — Ce sont les malades des observations : II, III, XIII, XVIII, XXII, XXV, XXVIII.

Ici encore, pour apprécier la cause de l'insuccès, il faudra successivement considérer comme précédemment : a) la lésion rénale concomitante, b) l'évolution et la gravité de l'hématome, c) le genre d'opération pratiquée.

a) *Lésion rénale concomitante.* — Les malades des observations II et III furent considérés comme des hémophiliques. La démonstration n'en est faite ni pour l'un ni pour l'autre. Il est cependant à considérer que le malade de l'observation II eut, à la suite d'une simple néphropexie, une hémorragie vraiment exceptionnelle et il est bien évident que l'hémorragie fut la cause de la mort. Il existait en même temps de la néphrite interstitielle.

Chez le malade de Bozy (obs. XIII), on trouva à l'autopsie de la néphrite interstitielle.

Chez celui de l'observation XVIII, on trouva de la néphrite avec dégénérescence graisseuse.

Nous trouvons deux cas de ce que nous avons appelé lésion cavitaire (obs. XXII). Celui de Leclerc-Dandoy (obs. XXV) était fortement artério-scléreux.

Enfin, nous trouvons parmi ces cas celui de Herring (obs. XXVIII), que nous avons classé dans la série 10 et dans laquelle l'auteur attribue l'hémorragie de son petit malade à une lésion des capsules surrénales.

b) *Evolution et gravité de l'hématome.* — Dans l'observation I, l'hémorragie paraît avoir eu une allure aiguë, bien que nous ne soyons pas renseigné très exactement. Il en est de même pour l'observation II. On trouva à l'autopsie des hématomes anciens, mais il semble bien que le malade a succombé à une hémorragie opératoire, avec cette particularité, s'il faut en croire Coenen, que le malade était hémophilique.

L'évolution de l'affection était également aiguë et son allure grave dans les cas des observations III, XIII, XVIII, XXV, un peu moindre chez le malade de l'observation XXII, qui ne fut opéré que douze jours après le début de l'affection et ne succomba que deux mois après avec une néphrite suppurée.

En somme, il est juste de dire que tous les cas qui ont succombé à l'opération étaient d'une gravité particulière, tandis qu'on ne trouve pas une allure aussi grave chez les malades opérés et guéris.

Il y a donc là tout naturellement une indication de pronostic que le chirurgien n'oubliera pas quand il proposera l'intervention.

c) *Nature de l'opération.* — Ce fut un cas de simple néphropexie (II). La laparotomie fut pratiquée par Rickert (III) qui croyait à une périty-

phlite ; par Lenk (XVIII), avec un diagnostic analogue ; par Herring (XXVII), avec un diagnostic de péritonite avec étranglement épiploïque.

Bozy (obs. XIII) ne donne pas l'indication de la voie qu'il a suivie, mais nous n'avons de ce chirurgien qu'une simple collusion au cours d'une discussion à la Société de Chirurgie. Leclerc-Dandoy (obs. XXV) pratiqua une laparotomie exploratrice et termina son intervention par une néphrectomie lombaire.

Il apparaît donc nettement dès maintenant que l'intervention peut changer notablement la marche de la maladie et rendre son pronostic moins sombre.

Si nous considérons la gravité de l'affection en tenant compte de sa forme : circonscrite ou diffuse, nous avons :

Pour les hématomes circonscrits : huit guérisons et six morts. Les huit guérisons ne comprennent que des cas opérés.

Les six morts comprennent quatre opérés et deux non opérés.

Pour les hématomes diffus, tous sont morts : dont deux opérés et trois non opérés.

Les douze opérations ont donné huit guérisons et quatre décès. Nous avons donc un pourcentage de deux tiers comme succès.

Les abstentions ont donné 100 pour 100 de mortalité.

TRAITEMENT

L'intervention chirurgicale est donc bien indiquée

lorsque le diagnostic d'hématome périnéphrétique non traumatique est fait. Le diagnostic aura d'autant plus d'importance qu'il évitera au chirurgien la laparotomie exploratrice.

On atteindra la loge rénale par la voie lombaire. Cette loge sera sérieusement nettoyée de ses caillots et le chirurgien n'oubliera pas alors d'aller à la recherche du point saignant pour le ligaturer comme il est de règle en cette matière.

Il se rendra compte d'abord de l'état de la capsule fibreuse. Possède-t-elle une déchirure, il tentera l'extériorisation du rein et, suivant l'état de la lésion contaminée, procédera à une suture ou à la néphrectomie.

Puis il ira à la recherche du hile rénal en se souvenant de l'existence possible d'un anévrisme au niveau de l'artère rénale ou de l'une de ses branches et, suivant le cas, fera la ligature de l'artère branche ou la néphrectomie. Il se rendra compte également de l'état de la capsule surrénale, de son enveloppe et se souviendra de l'observation curieuse de Michaux, se rapportant à une déchirure de l'artère épigastrique. Enfin, s'il ne peut trouver la source de l'hémorragie, il procédera à un tamponnement serré de la loge rénale préalablement débarrassée de ses caillots, de son sang liquide et lavée au sérum.

CONCLUSIONS

I. — L'hématome périnéphrétique peut survenir en dehors de tout traumatisme ; en l'absence d'une lésion néoplasique du rein ou d'une déchirure d'un gros vaisseau du hile rénal.

II. — Cette affection se développe, de préférence, chez l'homme et à l'âge adulte. En dehors de quelques cas exceptionnels où l'hémophilie fut incriminée, ou bien dans lesquels aucune lésion rénale ne fut trouvée, la plupart des observations mentionnent la coexistence d'une affection rénale telle que mobilité du rein, hydronéphrose, lithiase réno-urétérale, tuberculose, néphrites diverses et lésions cavitaires du rein de nature imprécise. Il en résulte que, contrairement à l'opinion qui semble être admise, l'hématome périnéphrétique non traumatique n'est pas une affection spontanée, protopathique, mais qu'elle est le plus souvent liée à une affection rénale.

III. — Il n'est pas douteux que les capsules surrénales contenues dans la même loge que le rein ne puissent produire des hématomes à symptomatologie analogue,

IV. — L'affection débute parfois brusquement sans aucun signe prémonitoire. D'autres fois elle est précédée de crises douloureuses liées soit à l'affection rénale préexistante, soit à des poussées hémorragiques antérieures.

Dans quelques cas, le malade est en traitement pour une affection médicale du rein.

V. — La symptomatologie repose essentiellement sur les trois symptômes suivants :

a) Douleur dans la région rénale qui peut atteindre parfois une grande intensité.

b) Signes d'une hémorragie interne de gravité variable, mais qui donne parfois à l'affection l'allure cataclysmique de la rupture d'une grossesse extra-utérine.

c) Apparition d'une tuméfaction dans la région rénale. En même temps, surviennent des troubles du côté de l'abdomen : météorisme et parfois arrêt des matières et des gaz.

Dans quelques cas, une ecchymose se montre dans la région lombaire et même dans la région scrotale.

VI. — L'allure de l'affection, sa marche permettent de distinguer des cas aigus, suraigus, chroniques et latents.

a) Dans les cas aigus, la mort peut survenir dès les premiers jours de l'épanchement hémorragique. Elle a parfois nettement pour cause l'hémorragie elle-même, mais, dans un grand nombre de cas, il faut

tenir compte de l'affection concomitante : hémophilie, néphrite, artériosclérose.

b) Dans les cas subaigus et chroniques, la mort est presque constamment attribuée à une affection intercurrente.

VII. — L'hématome est dit suivant son siège : sous-capsulaire, extra-capsulaire et mixte quand, ayant pris naissance sous la capsule, celle-ci a cédé et a permis l'envahissement de l'atmosphère graisseuse par l'hémorragie.

Les hématomes extracapsulaires ou mixtes sont qualifiés de : circonscrits si le sang n'a pas franchi les limites de la loge rénale imparfaitement limitée ; et de diffus si l'hémorragie a filtré jusqu'à la couche de Gerata, au tissu cellulaire illiaque, au petit bassin et même jusqu'au côté opposé.

VIII. — Dans les hématomes récents, on trouve du sang et des caillots qui ont refoulé les couches voisines. Dans les hématomes plus anciens, les couches refoulées se modifient, s'organisent en un tissu fibreux, pendant que le contenu sanguin se transforme : les parties solides se résorbant si bien qu'il paraît admissible que certaines cavités closes, à siège périnéphrétique et remplies de liquide, d'aspect kystique, soient d'origine hémorragique.

IX. — Dans aucune observation ne se trouve signalée une lésion vasculaire macroscopique susceptible de produire l'hématome. A l'avenir, il sera utile de vérifier l'état du pédicule vasculaire et de recher-

cher s'il n'existe pas de petites dilatations anévrismales, ainsi que l'état des capsules surrénales, point de départ possible d'un hématome.

X. — Le diagnostic de cette affection n'a été fait que très exceptionnellement. La principale cause en est due à ce fait qu'elle fut peu connue jusqu'à maintenant.

XI. — Le pronostic est grave, soit du fait de la lésion qui la précède, soit du fait de l'hémorragie elle-même.

XII. — Le traitement chirurgical améliore le pronostic. Il consistera dans l'évacuation des caillots, aussi complète que possible, et sera toujours complété par la recherche du foyer hémorragique : hémostase au catgut, ou par tamponnement, suivant que l'on a découvert ou non le point saignant.

<i>Vu :</i>	<i>Vu :</i>
LE DOYEN,	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
L. HUGOUNENQ	TIXIER

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 7 juin 1919.
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
E. DEPÉRET,

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique, définition, synonymie	9
CHAPITRE II. — Etiologie	19
Observations	21
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	63
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	92
CHAPITRE V. — Marche. Durée. Terminaison. Pronostic.	
Traitement	109
CONCLUSIONS.	119

